

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: OS DISCURSOS IDEO- POLÍTICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

RUTINÉIA JACOB DE MELO

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**

**Vitória
Junho de 2009**

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: OS DISCURSOS IDEO-POLÍTICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

RUTINÉIA JACOB DE MELO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Aprovada em 22 de junho de 2009 por:

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia – Orientadora, UFES

Prof^a. Dr^a. Denise Bomtempo Birche de Carvalho, UNB

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello de Araújo, UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, junho de 2009

A Ailton, cuja colaboração para meu crescimento pessoal é inquestionável. Obrigada por me acompanhar, amar e acalantar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, prof^a. Lúcia, que, com suas correções precisas e exigências com o conteúdo, encaminhou de forma competente sua orientação, sem deixar de escutar e respeitar minhas angústias, dúvidas e meu tempo de construção teórica. Obrigada por orientar meus passos nessa difícil caminhada.

Aos demais professores do mestrado, funcionários e colegas do mestrado pelos ensinamentos, pela convivência afetuosa e atenção dispensados.

À Eugênia pela revisão e à Euzi pela tradução do resumo.

Ao meu marido Ailton, por compartilhar comigo o tempo que envolveu desde a elaboração até o resultado final desse trabalho, com seu infindável apoio afetivo e críticas perspicazes.

À minha irmã Luciana, que dos bastidores, sempre me ofereceu suporte e ajuda, apesar de sua relativa paciência com minhas reclamações.

Às minhas amigas Cida e Lídia, que compreenderam minha ausência e pela ajuda sempre ofertada, em especial à Cida pelas preciosas indicações. Com vocês aprendi que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias e o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida. E que os bons amigos são famílias que nos permitiram escolher.

A todos aqueles que de lugares e tempos distintos contribuíram para meu crescimento acadêmico e pessoal e me permitiram ser o que sou, em especial à minha família.

RESUMO

Objetivou analisar as dimensões ideológica e política que formatam os discursos do Ministério da Saúde (MS) sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Básica à Saúde (AB), visando desvendar qual o contexto no qual esses discursos se inserem, porque o MS defende a AB como sinônima de APS, que racionalidades são engendradas e que implicações os mesmos têm sobre a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no período temporal de 1993 a 2007. Foi realizada pesquisa documental procedida de análise do conteúdo. No contexto das políticas de saúde brasileira a análise buscou captar tanto o significado concreto da APS, outorgado por sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sua dimensão abstrata, ou seja, a definição ideológica percebida nos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do MS. Como resultados, verificou-se que no Brasil prevalece uma interpretação reducionista da APS, focada na “cesta básica de serviços” preconizada pelo Banco Mundial (BM) aos países periféricos; que a APS possui múltiplos olhares e diferentes interpretações, perpassadas por questões políticas, ideológicas, teóricas e práticas sanitárias distintas, sem que o discurso alcance a ampla aplicação da orientação proposta na Declaração de Alma-Ata; que, mesmo reafirmando uma APS abrangente, presente nos princípios do SUS, a perspectiva mercadológica da saúde é priorizada, evidenciando que a discussão limita-se ao âmbito da AB, defendida como sinônima de APS, com a intenção de ocultar o caráter reducionista que a está revestindo, sem considerar os aspectos políticos e econômicos, logo, não discutindo a crescente desresponsabilização do Estado e a conseqüente refuncionalização de seu papel no âmbito social. Isso implica em questões como o subfinanciamento do setor saúde, a redução de custos e a precarização das relações de trabalho, que, dentre outros, atravessam a implantação da ESF e demonstram a fragmentação dos serviços de saúde. Os discursos ocultam ainda algumas racionalidades, dentre as quais a co-responsabilização social pelos serviços e pela gestão pública, a ênfase na família e no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a prioridade em ações básicas. Considerou-se, por fim, que o MS assume a postura de que ao mudar a terminologia de APS para AB, as práticas de saúde automaticamente mudariam, desconsiderando assim aspectos estruturais como a baixa qualidade do atendimento, a desigualdade social e a má distribuição de renda que convergem para que as iniquidades em saúde permaneçam, pois não se enfrentam as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-doença, o que demandaria ações não apenas no sistema de atenção à saúde. Em suma, apesar das mudanças propostas e dos aspectos positivos e inovadores que revestem os discursos do MS, não ocorreram mudanças significativas no sistema de saúde, prevalecendo até o momento o modelo médico-centrado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica à Saúde, Estratégia da Saúde da Família, política de saúde, Banco Mundial, Ministério da Saúde.

ABSTRACT

The aim of this work is to analyze the ideological and political format of the Ministry of Health (MS) discourse about Primary Health Care (APS) and Basic Health Care (AB), with a view to unveiling the context in which such discourse emerges. The analysis focuses on the following questions: why is it that the MS assumes that AB is synonymous with APS, which rationales underlies this assumption and what were the implications of this point of view for the adoption of the Family Health Strategy (ESF), during the 1993-2007 period. Following the analysis, a documental research was carried out. Reference for this analysis was the wider context of the Brazilian health policies. Within such context an attempt has been made to grasp the concrete meaning of APS, considering their insertion in the Unified Health System (SUS), as well as their abstract dimension, in terms of the ideological definition perceived in the documents produced by the World Health Organization (OMS), Panamerican Health Organization (OPAS) and by the MS. The data have revealed that what is prevalent in Brazil is a reductionist interpretation of APS, focused on a “basic basket of services” recommended by the World Bank (BM) to the peripheral countries; APS can be looked at from multiple viewpoints and lends itself to different interpretations, all of them intersected by political, ideological and theoretical issues as well as by different sanitary practices. Yet that discourse does not cover the whole scope of practices derived from the guidelines proposed in the Alma-Ata Declaration. It further points out that discourse is emphatically states the principles upheld by SUS, including the concept of an all-inclusive APS, it prioritizes a marketing perspective of health. Besides demonstrating that the discussion is restricted to the AB scope, held to be synonymous with APS, with the purpose of hiding its reductionist nature. As the political and economic aspects of the question are not considered, is left out of the discussion, thus denying the responsibilities inherent to the State and therefore reducing its social role. There is evidence that the health services are fragmentary and that the implementation of EFS is affected by problems such as the underfunding of the health sector together with the precarious conditions of the work relationships. It also hides rationales such as shared social responsibility for the services rendered and for the administration of the public sector, in the interest of cost reduction, while it overemphasizes the family and the ACS work and the election of basic services as an absolute priority. The MS seems to adopt the assumption that a new terminology will automatically change practices, with no consideration for structural aspects such as low quality services, social inequality and unfair income distribution, factors which, together, make for the permanence of all the iniquities inflicted on the population. As no effort is made to face the more general economic and social determinations of the health-disease possesses, the problems detected require actions not only within the health care system itself. Summing up, in spite of the positive discourse of MS and the innovations proposed, no significant changes have been noticed to emerge in the health system, which has in fact remained medic-centered model.

Key Words: Primary Health Care, Basic Health Care, Family Health Strategy, health politic, World Bank, Ministry of Health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS (s)	Agentes Comunitários de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AI (s)	Atos Institucionais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVAI	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNH	Banco Nacional de Habitação
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde/Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIO-ES	Diário da Imprensa Oficial do Estado do Espírito Santo
DS	Distritos Sanitários
DST (s)	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IAP (s)	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado

MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Organizacional da Assistência em Saúde
NOB (s)	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG (s)	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIPS	Organizações Sociais de Interesse Público
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde/Política Nacional de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SAMS	Sistema de Assistência Médica Supletiva
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPT-2000	Saúde para Todos no ano 2000
SUDS	Sistema Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
VISA	Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação dos documentos analisados e publicados pelo MS	73
Quadro 2	Documentos analisados publicados pela OMS	77
Quadro 3	Unidades de análise	79
Quadro 4	APS seletiva e abrangente	97
Quadro 5	Avanços e dificuldades na implementação da APS nos anos 1990	150

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONTEXTUALIZAÇÃO	
	TEÓRICA:	
	PROBLEMATIZANDO O OBJETO	36
2.1	IDEOLOGIA E POLÍTICA NO ÂMBITO DA SAÚDE	59
3	METODOLOGIA	65
4	A DIRETRIZ DA APS: MÚLTIPLOS OLHARES	83
4.1	APS: COLCHA DE RETALHOS	98
5	AS INTERPRETAÇÕES DA APS NO CONTEXTO DAS	
	POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRA	111
5.1	DÉCADA DE 1970: CRISE DO MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA E A EMERGÊNCIA DA APS	111
5.2	DÉCADA DE 1980: O PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO E A CRIAÇÃO DO SUS	119
5.3	DÉCADA DE 1990: O SURGIMENTO DO PSF/ESF E DA AB E A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL....	126
5.4	A DÉCADA DE 2000: A ERA LULA E A EXPANSÃO DA AB: OU EXPANSÃO DA ESF?	152
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
7	REFERÊNCIAS	191
	APÊNDICE – RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS ANALISADOS	206

1 INTRODUÇÃO

“O SUS¹ transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde da família” (SANTOS, 2008, p. 2010).

Definir um problema de pesquisa não é uma tarefa fácil. Essa é perpassada por inquietações particulares, profissionais e acadêmicas. Durante a graduação em Serviço Social, a temática saúde não suscitava em mim grandes motivações. Em todo meu percurso acadêmico a preferência sempre recaiu sobre a área infanto-juvenil, incluindo o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo objeto foi delineado a partir de indagações suscitadas no campo de estágio. Ao perceber que havia uma imprecisão teórico-conceitual sobre a categoria risco pessoal e social, a pesquisa buscou analisar como os assistentes sociais que atuavam em determinadas instituições no município de Vitória, Estado do Espírito Santo (ES) concebiam essa categoria em aplicabilidade à infância e adolescência.

Quando me inscrevi no processo seletivo para o Mestrado em Política Social na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 2006, a proposta inicial apresentada era decorrente de questões não respondidas no TCC. Questionava o fato das políticas sociais setoriais, cuja materialização decorria, dentre outros, por meio do trabalho profissional (inclusive o trabalho dos assistentes sociais) ficarem presas aos “umbrais” das instituições. A partir daí, a questão da intersetorialidade² se tornou uma fonte de questionamentos e se transformou na mencionada proposta, que, bem resumidamente, visava investigar as percepções dos assistentes sociais sobre a intersetorialidade e em como esses profissionais a vivenciavam em seu cotidiano de trabalho. Minhas questões assim giravam em torno de um *corpus* empírico (percepção dos assistentes sociais) que, em si mesmo, era limitado.

Já na entrevista de seleção fui questionada sobre a possibilidade de mudança da proposta para uma temática relacionada à área da adolescência, mas sem nenhuma delimitação específica do problema de pesquisa. Porém, por um conjunto de fatores,

¹ Sistema Único de Saúde.

² Sobre intersetorialidade consultar: Junqueira (1997), Inojosa (1997) e Abreu (2009).

acabei por me aproximar da área da saúde (pela via de uma especialização em Saúde Coletiva). Diante disso, quis então investigar o processo de trabalho dos assistentes sociais na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Vitória (ES), visto que esse processo se transformou, literalmente, em uma fonte de questionamentos, apesar de não estar inserida profissionalmente na área da saúde.

A ESF foi originalmente concebida como Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS). Ao implantá-lo, sua intenção era a de provocar mudanças no modelo assistencial vigente, pautado nas ações médico-curativas, visando a extensão das ações de saúde para junto da comunidade, via atendimento prioritário das famílias. Deveria fortalecer os princípios da universalidade, integralidade e equidade³ preconizados pelo SUS (BRASIL, 1999). Em 1996, o Ministério iniciou um rompimento com a denominação de Programa para a de Estratégia, por acreditar que aquele possuía potencial estratégico para a reorganização⁴ do modelo de atenção à saúde no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005).

Segundo Paim (1999, p. 477) os modelos assistenciais podem ser concebidos como

[...] combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-

³ Sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade consultar: Giovanella; Fleury (1996), Almeida; Giovanella; Mattos (2002), Pinheiro; Mattos (2001), Lucchese (2003), Duarte (2000), Escorel (2001), Travassos (1997) e Paim (2004). Quanto à equidade, convém ressaltar que a mesma é um conceito polissêmico, nem sempre consensual, de difícil delimitação teórica e de operacionalização na prática. É interessante observar que Senna (2002) faz uma distinção entre equidade em saúde e equidade nos cuidados de saúde, à medida que suas determinações não são as mesmas. A primeira refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e que transcendem o escopo das ações dos serviços da área; a segunda, por sua vez, é apenas uma entre inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. Há que se analisar ainda que na década de 1980 iniciou-se um processo de transposição do princípio da igualdade para o de equidade, quando ocorreu a alteração da hegemonia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Banco Mundial (BM) nas questões relacionadas às políticas de saúde, o que ficou claramente delineado no documento “Investindo em Saúde”, publicado pelo BM em 1993 (NOGUEIRA, 2002). Segundo Roncalli (2003) essa é uma alteração significativa, motivo pelo qual as políticas de saúde que têm como base o conceito de equidade deveriam trazer qual o seu significado e o contexto em que a utilizam. Diante desse alerta, cabe assinalar que não foi possível caracterizar em qual sentido o MS utiliza a terminologia equidade nos documentos que foram analisados nesse trabalho, nem se o mesmo é utilizado como igualdade. Ressalta-se, porém, que na Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, prevalece o princípio da igualdade. Como esse é um tema polêmico, optou-se por utilizar nesse trabalho o conceito de igualdade, como preconizado na respectiva Lei, sendo o termo equidade utilizado somente quando se tratava de citações dos documentos publicados pelo MS.

⁴ O MS ora utiliza a terminologia reorientação ora reorganização. Nesse estudo optou-se por utilizar a terminologia reorganização.

populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde.

Um modelo assistencial também pode ser denominado de modelo de atenção à saúde, assim caracterizado por Merhy (2003, p. 16):

[...] modelo de atenção à saúde faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde.

Para Teixeira e Solla (2005), modelo de atenção à saúde é um termo que na atualidade designa a forma de organização dos serviços e práticas em saúde.

Os modelos de atenção à saúde no Brasil são influenciados pelo perfil epidemiológico da população, que se expressa por meio de necessidades (sofrimentos, doenças, agravos e riscos à saúde) e demandas por serviços (consultas, vacinas, informações, exames e hospitalizações). Como também é um setor estratégico para o mercado, sua gestão é revestida por complexidades, que perpassam as próprias relações com o mercado, com os cidadãos, com os partidos políticos e com o Estado nas suas distintas instâncias governamentais, jurídicas e legislativas (PAIM, 2004). Além disso, não se pode negligenciar que o Estado é o

[...] financiador e prestador no âmbito municipal, estadual e federal; e comprador de serviços do setor privado contratado pelo SUS e de insumos no mercado; e é regulador da assistência médica suplementar e dos bens, serviços e ambientes que afetam a saúde (PAIM, 2004, p. 15).

Basicamente, a atenção à saúde pode ser analisada sob dois aspectos fundamentais: 1) como resposta social aos problemas e necessidades de saúde; 2) como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo. Como resposta social, está inserida na área da Política de Saúde, englobando tanto as ações quanto as omissões do Estado no que se refere à saúde dos indivíduos e da coletividade. Como um serviço, está situada no setor terciário da economia e depende de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado. Ao mesmo tempo em que é um serviço, também se realiza nas mercadorias produzidas no setor industrial (medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, reagentes, descartáveis, alimentos dietéticos, produtos químicos de diversas ordens, etc.). Como *lócus* privilegiado de realização dessas mercadorias, o sistema de serviços de saúde do país configura-se como alvo de pressão para o

consumo, independente da existência ou não de necessidades (AROUCA, 1975; PAIM, 2004).

Na perspectiva do MS (BRASIL, 1997), a atenção à saúde compreende três grandes campos que abarcam todo o espectro de ações compreendidas pela promoção, pela proteção e pela recuperação da saúde. Ou seja, representa o conjunto de ações desenvolvidas pelo SUS, em todas as esferas de governo, para o atendimento das demandas pessoais, sociais e ambientais da população, a saber: 1) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, prestada no âmbito ambulatorial, hospitalar e em outros espaços, como o domiciliar; 2) o das intervenções ambientais, onde estão inclusos as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e de hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros) e; 3) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades. Isto é, envolve questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, à segurança, à disponibilidade e qualidade dos alimentos e ao lazer, dentre outras.

Segundo Laurell (1983), o processo saúde-doença é o modo específico como se dá nos grupos sociais o desgaste biológico e de reprodução das condições concretas de existência, levando em determinados momentos a um funcionamento biológico diferente com prejuízo de atividades cotidianas, conhecido por doença. Esse processo faz referência a uma inserção social que determina e explica o modo específico da passagem de um estado de saúde para um estado de doença e vice-versa. Ou seja, a saúde ou a doença não ocorrem ao acaso, de forma pontual e isolada, logo, sua contextualização é uma necessidade para a compreensão das respostas institucionais e sociais em decorrência delas, ou seja, o tipo de política e o formato predominante do sistema e dos serviços de saúde de cada país (CONILL, 2003).

Assim sendo, ao analisar que o principal objetivo da ESF é o de reorganização do modelo de atenção à saúde em novas bases, visando substituir o modelo tradicional (médico-centrado), há que se considerar a complexidade que envolve a análise da atenção à saúde no país e a organização dos serviços de saúde. Porém, verifica-se

a pretensão do MS em alcançar tal reorganização unicamente através da ESF, cuja implementação já encerra em si um grande desafio. Só para citar um exemplo: instituir uma equipe mínima é o suficiente para esta ser uma estratégia responsável pela substituição ao modelo dominante?

Tal indagação é levantada mediante a constatação de que a operacionalização da ESF deve ocorrer por intermédio de equipes de saúde da família – denominadas básicas ou mínimas – compostas inicialmente por médicos generalistas (ou de família), enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁵. Segundo o MS, outros profissionais de saúde (assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) podem ser incorporados às equipes, sendo esta uma decisão de competência dos gestores locais, desde que observadas as demandas e características da organização de seus serviços de saúde (BRASIL, 1997a). Porém, a falta de recursos financeiros é apontada como um dos motivos para que muitos municípios brasileiros optem pelas equipes mínimas indicadas pelo MS, que encerradas em si mesmas, não possuem condições para efetuar as mudanças almejadas, dadas suas próprias limitações (FUHRMANN, 2003). Essa é apenas uma pequena demonstração da complexidade que tal discussão acarreta principalmente no meio acadêmico.

Por isso, e sem perder de foco minha idéia inicial – o processo de trabalho dos assistentes sociais na ESF –, iniciei uma busca referente à produção teórica que demonstrasse o atual “estado de arte” sobre o assunto. Descobri, então, uma dissertação produzida no Estado do Rio Grande do Sul (RS), que descrevia esse processo tomando por base a realidade da região norte, composta pelos municípios de Alto Alegre, Camargo, Carazinho, Gentil, Ibiraiaras, Machadinho, Paim Filho, Santo Antônio do Planalto e Tapera realizada por Edla Hoffmann em 2007.

Os resultados alcançados por esta pesquisa, dentre outros, revelaram uma inserção precarizada e subalternizada dos assistentes sociais nas equipes de saúde da família, sendo que, muitos destes profissionais ainda se perguntavam qual o seu papel e o seu processo de trabalho nas mesmas, visto que ambos não estavam bem

⁵ Posteriormente foram agregados os odontólogos e os Auxiliares de Consultório Dentário (ACD).

delimitados (HOFFMANN, 2007). Uma pesquisa realizada no município de Vitória poderia indicar resultados semelhantes ou diferentes?

Verificou-se que o município de Vitória conta com estudos sobre a ESF realizados por pesquisadores que apontam um olhar para além de sua dinâmica de trabalho. Dentre esses estudos destaquei a tese (em Psicologia) de Maristela Dalbello de Araújo realizada em 2005 sob o título “O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social”. A pesquisadora analisou uma equipe do território de Andorinhas, macrorregião de Maruípe, composta pelos seguintes bairros: Santa Luíza, Santa Marta, Joana Darc, Mangue Seco e Andorinhas.

O estudo realizado por essa pesquisadora indicou que as mudanças preconizadas por essa nova Estratégia de atenção à saúde representam uma possibilidade de ruptura com o modelo médico-centrado, como por exemplo, o incentivo à participação comunitária no planejamento e execução das ações de saúde. Entretanto, os resultados demonstraram que existem dificuldades concretas para tal, como a despolitização do próprio conceito de saúde; a responsabilização individual por seus problemas de saúde, sem que sejam considerados os aspectos sócio-econômicos do processo saúde-doença; as péssimas condições de trabalho dos profissionais de saúde; as formas tradicionais de cuidado (já cristalizadas como procedimentos padronizados); o controle burocrático; o índice de produtividade; a supervalorização da racionalidade técnica e a verticalização dos planos e metas ministeriais, que dificultam o planejamento e a eleição de estratégias locais. Além disso, a pesquisadora apontou alguns entraves de ordem organizacional como o corporativismo médico e a alta rotatividade de recursos humanos. Diante das dificuldades apontadas, o estudo indicou a necessidade latente da criação de espaços coletivos para discussão, reflexão e explicitação de interesses divergentes, com o desafio da efetivação da participação da comunidade e dos profissionais de saúde (ARAÚJO, 2005).

Outro estudo realizado no município de Vitória, dessa vez uma dissertação em saúde coletiva de autoria de Sheila Cristina de Souza Cruz (2007), discutiu o processo de implantação da ESF em Resistência (Região de São Pedro). A pesquisadora buscou mapear as possibilidades inovadoras de organização das

práticas de atenção à saúde e qual a contribuição da implantação da ESF nesse processo. Dentre seus resultados, a pesquisa apontou a necessidade de revisão das práticas assistenciais das equipes de saúde; que a organização do trabalho permanecia ainda bastante centrada na oferta de assistência médica individual; o desconhecimento dos usuários quanto às ações das equipes de saúde; a alta rotatividade de recursos humanos, o que desestabiliza as equipes e reforça a reprodução de práticas de pronto-atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF) de Resistência; a necessidade de ampliação da escuta, da qualificação do vínculo e de buscar inovações de caráter local com maior interação com a comunidade (CRUZ, 2007).

A conclusão de Cruz é que existe a necessidade de adequação da prática da Estratégia em Resistência aos pressupostos teóricos formulados pelo MS (BRASIL, 2007, p. 13):

- Possibilitar o **acesso universal** e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a **porta de entrada preferencial** do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a **integralidade** em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- **Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população** adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a **longitudinalidade** do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social (grifos da autora).

A pesquisadora nos dava aí uma pista: aproximar-se dessa questão exige uma reflexão da política social como categoria central inscrita em um contexto sócio-histórico atual, sendo a política de saúde perpassada pela diminuição de recursos financeiros na área social e precarização das relações de trabalho, acompanhados de ajustes econômicos e fiscais preconizados por organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o BM em face à adoção de reformas pautadas no ajuste neoliberal, o que pode caracterizar uma contra-reforma do Estado brasileiro no âmbito da saúde. Além disso, como entender o trabalho de um

profissional, se este não compõe a equipe mínima proposta pelo MS? Isso significa olhar para fora dos limites do trabalho técnico e inseri-lo em um cenário mais amplo. Nessa perspectiva, superar práticas imediatistas e pontuais, buscando a universalidade, a integralidade e a igualdade que se espera de nosso sistema de saúde.

Com essa temática veio junto a mudança na orientação. Definiu-se então minha nova orientadora e a política de saúde (até o momento com centralidade na ESF) se tornou meu tema de pesquisa. No entanto, isso não significou a delimitação do objeto.

Entretanto, uma pergunta feita por minha orientadora em nosso primeiro encontro me inquietou, pois não tive resposta à mesma: a ESF está baseada na Atenção Primária à Saúde (APS) ou na Atenção Básica à Saúde (AB)? Confesso que fiquei espantada, pois para mim estava óbvio que ambas eram a mesma coisa. Ouvi da orientadora uma resposta da qual não vou me esquecer: o bom pesquisador duvida do óbvio, que pode esconder um mundo de conflitos, ambigüidades e pontos indefinidos⁶. Como dizia Néelson Rodrigues, o óbvio é somente para os profetas. Mesmo fazendo uma especialização na área da saúde, os professores, de modo geral, sempre trataram APS e AB como sinônimas, de modo que também assimilei essa concepção, sem me debruçar em maiores questionamentos, pois não acreditava nas possíveis diferenças entre elas. Foi assim que minhas inquietações teórico-metodológicas e epistemológicas em torno dessas terminologias se iniciaram. Diante disso, fui fazer o necessário: ler. Enveredava-me pelo caminho da APS e aprendia que a construção de um objeto de pesquisa assemelha-se a um grande “celeiro de idéias” que é constantemente vasculhado.

⁶ Lembrei posteriormente de um diálogo entre Alice e Humpty Dumpty:

Eu não sei o que você quer dizer por ‘glória’, disse Alice.

Humpty Dumpty sorriu com desdém: “É claro que não, até que eu lhe diga. Significa: há um belo argumento decisivo para você.”

“Mas ‘glória’ não significa um ‘belo argumento decisivo para você’”, objetou Alice.

“Quando EU uso uma palavra”, disse Humpty Dumpty, num tom de deboche, “ela significa apenas aquilo que eu quero que ela signifique, nem mais nem menos.”

“A questão é”, disse Alice, “se você pode fazer com que as palavras signifiquem tantas coisas diferentes.”

“A questão é”, disse Humpty Dumpty, “quem é o senhor – isto é tudo” (Lewis Carroll, Alice no país das maravilhas).

A partir de algumas leituras iniciais (GIL, 2006; SOUSA, 2006; CORBO; MOROSINI, 2005; ESCOREL et al., 2007, HEIMANN; MENDONÇA, 2005, RIBEIRO, 2007 e outras) foi se delineando em minha cabeça a possibilidade da existência de uma inconsistência teórica e conceitual sobre APS e AB no campo das políticas de saúde brasileira, haja vista que ambas vem sendo utilizadas ora como sinônimas; ora sobrepostas uma à outra e até como opositoras entre si (GIL, 2006). Para Heimann e Mendonça (2005), em termos de fundamentação política e ideológica existem diferenças de concepção entre ambas que precisam ser consideradas. O argumento por elas utilizado baseia-se na necessidade de contextualização do tempo histórico do surgimento de cada uma, principalmente se analisado o cenário internacional de emergência da primeira (inicialmente associado à racionalização dos gastos hospitalares) e o contexto de reforma do sistema de saúde brasileiro, quando a questão da APS/AB tomou contornos próprios, principalmente após a implantação do SUS, que, ao retomar a estratégia da APS, apontava para a necessidade de uma reconceituação de qual seria seu primeiro nível de atenção.

Mesmo que o conceito de APS tenha se ampliado através da OMS⁷, elas acreditam que sua lógica interna manteve o paradigma da clínica e do preventivismo pautado no modelo natural das doenças⁸. Já a concepção de AB do MS, segundo elas, supera essa lógica e se fundamenta no paradigma da determinação social da doença⁹. Daí, a necessidade de diferenciá-las política e ideologicamente. Apesar disso, as autoras tratam-nas como sinônimas, argumentando que a APS possui múltiplas interpretações e que sua materialização ocorre de modo heterogêneo em cada sistema de saúde, quer seja na formalidade dos documentos oficiais, quer na organização concreta e na operacionalização do conjunto de suas ações e de seus serviços de saúde (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

No Brasil, historicamente, a APS adquiriu diversos sentidos, como “extensão da cobertura”, “tecnologia simplificada”, “nível de atenção”, “porta de entrada”, “APS seletiva”, “PSF/ESF” e por fim “AB” (RIBEIRO, 2007). Na opinião dessa autora,

⁷ Segundo Mattos (2001), a OMS é a agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU) para a saúde. Concebida para oferecer cooperação técnica entre os países-membros, ela se engaja em um grande número de iniciativas de enfrentamento de problemas de saúde, bem como de iniciativas voltadas ao aprimoramento dos sistemas de saúde. Para tal, a OMS conta com recursos de duas fontes: os recursos orçamentários da própria ONU e os extra-orçamentários, oriundos de doações voluntárias de países membros a projetos específicos.

⁸ Sobre o modelo natural das doenças consultar: Leavell; Clark (1976), Conill (2003) e Arouca (1975).

⁹ Sobre o paradigma da determinação social da doença verificar em Carvallho e Buss (2008).

essas divergências conceituais afetam formuladores, gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, revelando complexidades, incertezas e dificuldades para sua aplicação a objetos específicos (como estudos e pesquisas no campo da saúde coletiva, propostas políticas ou projetos e serviços específicos de atenção à saúde, etc.) que, quando aliadas aos determinantes sócio-políticos, dificultam a gestão e avaliação dos serviços e práticas de saúde, o que pode comprometer, em última instância, a própria qualidade da atenção ofertada. Além de mascarar também as questões de redução da abrangência dessa atenção (RIBEIRO, 2007). Ou seja, envolve concomitantemente formulação, planejamento, organização, gestão e operacionalização das políticas de saúde brasileira, o que, segundo ela, demanda uma melhor definição acerca dos atributos e funções da APS no campo dessa política setorial.

Os trabalhadores da área da saúde – profissionais que irão desenvolver os programas/projetos/serviços –, ao operarem, sem consenso, distintas concepções de APS, as reproduzem no seu cotidiano de trabalho, sem uma problematização das implicações conceituais sobre o objeto de trabalho, o que pode obstaculizar o produto desejado (RIBEIRO, 2007). Há aqui uma suposição linear da autora, pois não há garantias de que mais esclarecimentos sobre tal questão irão, automaticamente, interferir no produto a ser alcançado. Trata-se de uma questão mais complexa, de revisão de paradigmas, de se olhar para a saúde e não somente para a doença, principalmente ao se analisar que muitas vezes os profissionais de saúde imaginam que o seu objeto de trabalho é efetivamente a doença e não as pessoas saudáveis ou adoecidas.

Estou considerando que o produto desejado mencionado pela autora refira-se, em última instância, ao direito à saúde e, este sim, está sendo obstaculizado por um discurso que preconiza a implantação de políticas de saúde eficazes, eficientes e efetivas nos moldes propostos pelo BM¹⁰, que sugere aos países periféricos um ajuste estrutural, cuja conseqüência mais latente é a retração do Estado no campo das políticas sociais (onde se inserem as políticas de saúde) visando que os gastos públicos dos mesmos sejam controlados para que os empréstimos por eles

¹⁰ Também conhecido por Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD). É um organismo internacional de assessoramento técnico e de financiamento de projetos nas áreas social e de infra-estrutura, com atuação no Brasil desde 1949, quando foi firmado o primeiro empréstimo (MATTOS, 2001).

efetuados sejam pagos. Trata-se da racionalização aplicada à política de saúde através de um planejamento estratégico, como se fosse possível, diante do aumento da demanda por serviços sociais, decorrente do acirramento da pobreza e da desigualdade nesses países (incluindo o Brasil), diminuir os gastos sociais em saúde sem causar reflexos no sistema de saúde como um todo, já comprometido diante de estratégias equivocadas adotadas pelos governos ao longo do tempo.

Nesse sentido, a enunciação, a organização, os processos de trabalho, as práticas de saúde e os modelos de atenção adotados pela política de saúde brasileira precisam de uma elaboração reflexiva mais precisa, buscando com isso, ultrapassar dúvidas conceituais, como por exemplo, as que permeiam a utilização das terminologias APS, AB (e também ESF) no país sem desconsiderar suas múltiplas possibilidades e, logo, sua operacionalização de maneira heterogênea (RIBEIRO, 2002).

Conforme as leituras iam sendo efetuadas, fui realmente percebendo a existência de uma elaboração conceitual confusa em torno desses referenciais, supostamente existentes pelas diferentes interpretações observadas nos variados textos, de variados autores. Como bem alerta Rodriguez Neto (2003, p. 24)

[...] apesar da existência de numerosos estudos relevantes não só sobre o nível de saúde de uma população e seus determinantes como também sobre as políticas de atenção à saúde, com contribuições essenciais para a compreensão da dinâmica setorial e para a orientação da correspondente prática política transformadora, julga-se que alguns dos conceitos e categorias em uso podem não estar revelando ou evidenciando de forma suficiente certo aspectos; pelo contrário, podem estar mascarando o problema mais de fundo, isto é, a real determinação de classe dos problemas de saúde, remetendo o centro das atenções para os ângulos racionalizadores da política setorial.

Agregue-se a isso, uma manchete do Diário Oficial do Estado do Espírito Santo (DIO-ES) do dia 21 de novembro de 2007, intitulada “**Governo do Estado investe R\$ 9,4 milhões em Atenção Primária**” que enaltecia a ampliação dos investimentos na APS – reivindicação histórica do Movimento pela Reforma Sanitária e fundamental ao processo de implantação do SUS –, entretanto, seu conteúdo a colocava como centralizada na ESF, aumentando as dúvidas: o que efetivamente é APS? E a AB? Onde ela se “encaixa” nisso tudo? E a ESF? Qual a sua ligação com

a AB e a APS? Por que essa simbiose em torno delas? O que cada uma potencializa? Quais suas similaridades e diferenças?

Segundo Albuquerque (2003), em discussões informais mantidas com técnicos do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, foi reforçada a hipótese de que o termo AB surgiu de uma grande mistura com a APS, sem que acontecesse antes uma definição própria para depois ter sido cunhado o termo. Esse pesquisador, em sua tese de doutorado em saúde pública percebeu a necessidade em se afirmar que existe alguma diferença entre a APS e a nossa AB, o que, segundo ele, foi consubstanciado por técnicos do MS e por técnicos e gestores estaduais e municipais das políticas de saúde. Ribeiro (2002), por sua vez, concorda que existem problemas de identidade no que se refere à AB, apontando a necessidade de realização de análises mais acuradas visando uma definição mais nítida e precisa do que é, do que realmente se deseja e se espera dela. O autor fez ainda uma colocação bem interessante: “de qualquer forma, existe em nossa área de atuação¹¹ um certo senso-comum que tem servido para que o debate circule – algo como, todos sabemos o que se deseja com a AB, mesmo que não seja tão fácil definir seus limites” (RIBEIRO, 2002, p. 415).

Diante das imprecisões e possibilidades apontadas, lógico que minha curiosidade foi aguçada, principalmente por causa dos caminhos divergentes aí apontados: a APS como sinônima de AB, a APS diferente da AB (possibilidade), a APS utilizada de forma reducionista no âmbito da AB e esta, por fim, reduzida no âmbito da ESF. Diante desse universo a ser explorado e esperando por delimitação, desisti então de pesquisar sobre o processo de trabalho dos assistentes sociais na ESF no município de Vitória e investir na pergunta inicial proferida pela orientadora, que acabou por suscitar em mim o desejo de escrever sobre essa simbiose em torno da APS e AB, e, uma vez instigada, abracei-a com vontade de levá-la adiante e posso afirmar que fazer esta investigação foi desafiante.

Assim, ao caracterizar minhas primeiras perguntas, iniciava um caminho sem volta na delimitação de meu objeto em torno da questão conceitual do binômio APS e AB (e, conseqüentemente, a ESF). Junto com minhas tentativas, surgiram também as primeiras provocações: “isso não vai dar em nada!”, diziam uns; “que interessante!”

¹¹ A área de atuação a que refere o autor é a Saúde Pública.

diziam outros, o que gerou em mim inquietações e o medo de não conseguir as respostas que estava procurando. Mas, como acreditei e investi nesta proposta, segui adiante, consciente das dificuldades, imprecisões, embates acalorados e antagonismos que envolvem as discussões sobre as políticas de saúde no Brasil, cônica de que o debate existente sobre APS e AB não é profundamente problematizado e de que a apropriação de seus elementos ocorre de forma confusa, heterogênea e superficial, apontando uma verdadeira encruzilhada no que se refere às mesmas.

Visando encontrar um caminho coerente para elucidar esse debate, delimitei meu problema de pesquisa e é no interior da política de saúde – mais especificamente em um determinado aspecto dessa política –, que esse trabalho pretende mostrar sua relevância, se inserindo na linha de pesquisa dois do Mestrado em Política Social da UFES: políticas sociais, subjetividade e movimentos sociais.

Tendo em mente o enfoque no aspecto da organização dos serviços de saúde, o objeto de estudo foi assim delimitado: “as dimensões ideo-políticas que formatam os discursos do MS sobre a APS e AB.” A partir daí, o problema também foi definido: “Quais as dimensões ideológicas e políticas que formatam os discursos do MS sobre APS e AB?”

Os aspectos fundamentais da atenção à saúde anteriormente mencionados contribuíram sobremaneira na convergência para a construção desse objeto, ou seja, sua problematização, cuja intencionalidade é desconstruir as ideologias subjacentes às idéias e valores de duas categorias que perpassam a concepção de políticas sociais setoriais no campo da saúde: APS e AB.

O problema, por sua vez, teve como questões norteadoras as seguintes indagações:

- 1) Qual o contexto político nacional e internacional no qual esses discursos se inserem?
- 2) Por que o MS defende a AB como sinônima de APS e que racionalidades são engendradas?
- 3) Que implicações estes discursos têm sobre a implantação da ESF?

A organização dos serviços em saúde aqui

[...] refere-se às formas como historicamente as sociedades dispõem os elementos que constituem as práticas de produção de serviços de saúde, ou seja, os agentes de trabalho, os meios de trabalho, o objeto de trabalho e as relações técnicas (modelo clínico, modelo sanitário) e sociais (ligadas à ação estatal: intervenção sobre o coletivo no sentido de regular a reprodução social das populações nas sociedades modernas através do controle sobre a doença, a vida e a morte dos grupos populacionais) que se estabelecem entre os vários elementos desse processo (MENDES, 1980, p.180).

A realização desse estudo foi importante tanto do ponto de vista teórico quanto do social. Teoricamente, buscou contribuir para o esclarecimento de uma questão relevante no âmbito das políticas de saúde que ainda não está suficientemente sistematizada e que demanda mais estudos para sua elucidação e conceituação, sob o argumento de que tais políticas são resultantes de uma complexa interação de elementos históricos, econômicos, políticos e culturais. Como bem alerta Gil (2006), a maioria dos trabalhos sobre a APS/AB tem como foco de pesquisas e estudos a avaliação de problemas/agravs de saúde em unidades locais, sem contextualizar as experiências concomitantemente à dinâmica do SUS, bem como a não problematização desses conceitos na perspectiva do modelo de atenção e/ou políticas de saúde vigente.

Só para demonstrar que esta é uma questão que não está suficientemente sistematizada, retornei às minhas revisões de bibliografia, que ora apresentavam como argumento a APS como sinônima de AB e ora sinalizavam que era preciso melhor delimitar o que cada uma delas representa, pois estas não podem ser confundidas, sobrepostas, opostas, nem aquela pode ser reduzida a esta. Isso aponta para a necessidade de se aprofundar a discussão desses referenciais e do porque isso vem ocorrendo. Retomo a análise de Gil (2006, p. 1171) que afirma que

[...] as reflexões em torno do legado da APS ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. No período anterior à criação do SUS, a APS representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito AB como referência aos serviços municipais.

Quando se trata da ESF, essa também é tratada tanto na perspectiva da APS quanto na da AB, emergindo as questões: há diferentes compreensões acerca dessas concepções? As mesmas podem ser compreendidas como sinônimas no contexto brasileiro? A ESF sofre influências decorrentes da sobreposição desses

conceitos ou diferentes interpretações sobre APS? A complexidade e heterogeneidade dos sistemas municipais de saúde podem contribuir para que isso ocorra, ou de certa forma, seja até esperado? (GIL, 2006, p. 1172). Essa é uma pequena amostra de que o debate sobre APS e AB não é consensual.

Essas questões podem ainda estar permeadas por uma certa ambigüidade existente em algumas das definições de APS produzidas no âmbito dos fóruns internacionais de saúde (BARRENECHEA; URIBE, 1987)¹². Conseqüentemente, alguns autores situam a APS unicamente como o primeiro nível de atenção, o que, na perspectiva de Gil (2006), vai de encontro a sua definição como porta de entrada para o sistema de saúde. Em minha concepção, a colocação da autora não procede, pois uma leitura da Declaração de Alma-Ata deixa entendido que a APS, num sistema de saúde, é muito mais do que um nível de atenção, e não faz referência a porta de entrada, mesmo que muitos autores assim a conceituem. Essa é uma discussão bem acalorada, que me levou a algumas reflexões acerca do que seja a porta de entrada de um sistema de saúde.

Para Carvalho e Cunha (2006), a finalidade da porta de entrada é oferecer um acolhimento humanizado do usuário dos serviços de saúde, desencadeando processos de trabalho que visam seu acesso aos mesmos. Nesse sentido, Franco, Bueno e Mehry (1999) analisam que a porta de entrada caracteriza-se como uma etapa do processo de trabalho que procura atender ao princípio da universalidade do acesso. Porém, na realidade, a percepção que se tem da porta é que esta se encontra em desorganização e, o acolhimento humanizado seria um arranjo que buscaria a organização de uma nova “porta”, acolhendo todas as pessoas que procurassem a unidade de saúde. Trata-se de uma porta cuja função não é a de barrar e limitar o atendimento, mas, de uma maneira criativa, resolver o máximo de problemas que lá aparecem, utilizando de modo maximizado as tecnologias disponíveis, garantindo o acesso, priorizando a boa qualidade do atendimento e o encaminhamento dos casos mais necessitados. Entretanto, é preciso duvidar desse argumento: um acolhimento humanizado não é capaz disso num contexto de desigualdades como o brasileiro.

¹² Os autores não mencionam em seu texto a quais fóruns estão se referindo.

Botazzo (1999) discorre que o nome da porta de entrada é ‘universalidade’, pois precisa receber e atender a qualquer um, o que deveria ocorrer na Unidade Básica de Saúde (UBS), que dentro de um sistema de serviços de saúde, foi, desde sempre, pensada como a porta de entrada. “Costuma-se pensar que a Unidade Básica seja o lugar de atendimento de problemas de saúde de menor complexidade, e neste sentido ela se confunde com a idéia de atenção primária ou atendimento básico de saúde” (BOTAZZO, 1999, p. 17). Tal pensamento pode evidenciar porque a APS vem sendo reduzida à porta de entrada. Entretanto, em um sistema de saúde, esta não é uma coisa simples, nem menos complexa e o conjunto de trabalhos por ela desenvolvidos não são nada primários, elementos que precisam ser admitidos. Há que se compreender ainda que a APS não se realiza somente na UBS e que nosso sistema de saúde possui múltiplas portas de entrada (BOTAZZO, 1999).

Devido aos embates teóricos que perpassam a discussão da porta de entrada e do primeiro nível do sistema, nesse trabalho foi alcançado um consenso de que há diferenças entre ambos. Em meu entendimento, a porta de entrada abre o sistema para os usuários (não importando por qual porta o adentram) e esta não está obrigatoriamente situada no primeiro nível. O que existe é uma hierarquia de atenção que se deriva da porta, e, ultrapassá-la, para mim, não significa a garantia do acesso, e sim, da acessibilidade, o que, necessariamente, não é a mesma coisa que ter acesso aos demais serviços de saúde ofertados por um sistema de saúde, inclusive no primeiro nível. Por isso, também estou considerando que existem diferenças entre acesso e acessibilidade, mesmo que ambos venham sendo tratados como sinônimos.

Esse aparte é só uma pequena demonstração de algumas ambigüidades que revestem muitos conceitos utilizados na área da saúde, o que pode revelar em última instância, a fragilidade no processo de construção social da política de saúde brasileira. Ademais, considero que a possível inconsistência teórico-conceitual no cenário brasileiro no que tange a APS e a AB, se problematizada, pode inclusive contribuir para o aprofundamento e qualificação dos debates em torno desses e de outros referenciais teórico-conceituais utilizados no âmbito da saúde. Esse é um desafio que precisa ser assumido, considerando-se a dimensão político-ideológica aí

inscrita nesse processo, para não correr o risco de se cair em uma visão reducionista da questão.

A própria Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2005), no “Documento de Renovação da APS nas Américas” suscitou que era necessário uma análise crítica do significado e propósito da APS, pois discordâncias e conceitos errôneos quanto à mesma existem em abundância. Para essa Organização está claro que este é um conceito que se tornou cada vez mais expansivo e confuso desde a Declaração de Alma-Ata e que não foi possível a realização de tudo o que seus defensores pretendiam.

Segundo Paim (1999, p. 492) “a prescrição da APS como uma panacéia de amplo espectro foi considerada um equívoco na medida em que não levava em conta a especificidade de cada país.” Nesse sentido,

[...] não será brandindo, irrefletidamente, conceitos, muitas vezes esvaziados de significação concreta, que se implementarão novas políticas capazes de responder às necessidades de saúde das populações subdesenvolvidas [...]. Não temos conseguido reinterpretar a atenção primária à saúde de modo a obter a melhor compreensão, ou intervenções mais efetivas sobre os problemas de saúde no país. Pelo contrário, após uma fase de euforia com o jargão primarista, começamos a nos cansar da proposta, talvez por não termos chegado a resultados que dela esperávamos indevidamente (VIEIRA, 1983, p. 109, grifos da autora).

Com a citação supra mencionada, o autor alertou para o perigo de depararmos-nos com ‘palavras-de-ordem’ no setor saúde e não as trabalharmos criticamente, aceitando-as como *slogans* vazios, sem um crivo analítico mais rigoroso. Para ele, algumas das formulações da APS são como uma colcha de retalhos mal feita, que ao invés de elucidar confundem a respectiva proposta, fato que é agravado pela produção teórica de documentos sobre a APS originários de organismos internacionais, como o BM, o que também contribui para que a proposta, em seu conceito, seja mascarada. Expressá-la de forma genérica é uma estratégia para que esta não seja questionada e não sofra rejeições. Outro alerta relevante refere-se à difícil separação entre o conteúdo essencial e os aspectos circunstanciais da APS, o que não é uma tarefa simples, mas que vem sendo negligenciada (VIEIRA, 1983).

Como afirma Cohn (2006), estudar as políticas de saúde e a organização dos serviços de saúde que configuram as características de um determinado sistema de

saúde trata-se de trabalho complexo, que abarca um conjunto de variáveis societárias dinâmicas, além de uma lógica intrínseca que é necessária ser descoberta, o que requer uma reflexão permanente, pois o uso indiscriminado de determinadas expressões podem propiciar o aparecimento de problemas conceituais e operacionais, o que parece estar ocorrendo em relação à APS e a AB.

Como um tema complexo, não há consenso quanto ao debate acima. No bloco de autores que consideram a APS sinônima de AB, destacam-se Sousa (2006), Escorel et al (2007) e Corbo e Morosini (2005, p. 164), que afirmam que “no âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da APS é a AB.”

Mendes (2005) está entre os autores que apontam para uma melhor definição da APS, principalmente no campo ideológico, onde esta é decodificada como um programa para pobres. Segundo ele, ao denominar a APS de AB é reforçada uma concepção que banaliza e simplifica algo complexo, reduzindo seu significado num sistema de saúde. Essa é uma visão ideológica que leva à interpretação de primário como primitivo. Nas palavras dele: “No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a Atenção Primária se denomina aqui de AB, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado” (MENDES, 2005, p. 2). Decodificá-la como programa para pobres é resultante de uma concepção piramidal do SUS em níveis primário, secundário e terciário (MENDES¹³, 2005).

O autor poderia estar nos indicando que primitivo aqui está associado com a racionalização de tecnologia utilizada nos serviços de saúde considerados primários. Ou seja, desconsiderando-se os meios eficazes que a moderna medicina detém e oferecendo serviços de baixa qualidade técnica para populações pobres, com uma forma rudimentar de atenção, pautada também na redução dos gastos. Desse modo, a APS torna-se algo que dentre outros fatores, pode ser feita de qualquer maneira: “com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas,

¹³ Apesar dessas colocações de Mendes, outras publicações do autor não fazem distinção entre APS e AB, tratando-as como sinônimas. Penso que o que ele ressalta não é a diferença entre ambas, mas que a substituição de um termo por outro, reforça o aspecto reducionista da utilização da APS. Ver Mendes (1995, 2002).

com um arsenal de medicamentos muito restrito e com uma infra-estrutura física completamente deteriorada” (MENDES, 2005, p. 2).

Para Mendes (2005) a substituição da expressão internacionalmente consagrada de APS por AB colabora para reforçar o processo reducionista da primeira, principalmente ao se considerar que ela exige um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades mais amplos do que aqueles solicitados nos procedimentos de média e alta complexidade, envolvendo a biologia, a medicina, a psicologia, a antropologia, a sociologia e outros, em uma perspectiva intersetorial (PESTANA; MENDES 2004). Além disso, esses autores reforçam o alerta de que no Brasil a representação da APS por políticos, profissionais de saúde e a própria população é a de algo muito simples, quase banalizada, que na prática social poderia ser aplicada em quaisquer circunstâncias, salientando a visão político-ideológica da APS como programa destinado a populações específicas. Os autores acrescentam que a coexistência de diversas interpretações de seu significado traz implicações concretas em relação aos seus aspectos operacionais, apontando que ainda ocorrem discordâncias quanto ao seu papel e quanto às formas de sua organização (PESTANA; MENDES 2004).

Botazzo (2006) também defende que alguns conceitos se tornam problemáticos ao longo do tempo, se transformando em divergências teóricas e práticas, como é o caso da AB quando comparada à APS. Segundo ele, sua enunciação transita facilmente no campo da saúde em todo o mundo, mas a argumentação política que cerca a Declaração de Alma-Ata passa despercebida. Assim sendo, o autor nos convida a refletir sobre as relações entre saúde e política, pois “na singeleza de sua formulação, os cuidados primários¹⁴ escondem a complexidade de que se revestem e que se tornam recorrentemente objeto de discussões e controvérsias, mesmo em países com políticas de saúde estruturadas, como é o caso brasileiro” (BOTAZZO, 2006, p. 4).

Para o autor nossa saúde pública é revestida por conflitos políticos, econômicos e ideológicos que foram “nivelados por baixo” na AB, que, em seu conceito, não

¹⁴ Em minhas leituras, observei a utilização das terminologias Cuidados Primários à Saúde, Assistência Primária à Saúde, Atenção Primária de Saúde, Atenção Primária em Saúde, Atenção Primária para a Saúde e Atenção Primária à Saúde. Tal fato pode ser decorrente da tradução de cada autor da expressão em inglês Primary Health Care para o português. Nesse estudo, optei por utilizar a expressão Atenção Primária à Saúde (APS).

aponta quais são suas finalidades sociais, logo, suas ações estão voltadas somente aos problemas de saúde, ou seja, ficaram reduzidas à doença. Assim sendo, a AB, em sua opinião, se protege das injunções políticas e ideológicas da saúde pública (enquanto prática social e construção histórica), o que significa proteger-se também dos conflitos sociais (BOTAZZO, 2006). Como bem alertam Merhy e Queiroz (1993), o processo saúde-doença é tão somente reduzido a uma questão de organização racional (custo/eficácia) e técnica, onde a rede básica de serviços de saúde é transformada numa verdadeira triagem dos problemas de saúde, sendo descaracterizada a dimensão coletiva de dito processo.

Concordo com Botazzo quando ele afirma que a saúde pública brasileira é revestida por conflitos políticos, econômicos e ideológicos, pois, historicamente as ações de saúde pública foram herdeiras de diferentes contextos sociais, assumindo as características específicas e idéias de cada época. Em outras palavras, no transcurso da história, as políticas de saúde vão sofrendo alterações nos campos político, ideológico e institucional devido às diferentes concepções que orientam distintos projetos políticos – nacionalismo, desenvolvimentismo, neoliberalismo, etc. –, obedecendo à lógica dos grupos de interesse dominantes, o redesenho do cenário político e as forças políticas em confronto (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

O mesmo ocorre com a AB, pois acredito que esta também é revestida por interesses políticos, econômicos e ideológicos, mesmo que estes não sejam conflituosos, já que esta não possui o caráter contra-hegemônico da Reforma Sanitária, que buscava uma reformulação da política de saúde (e de quebra, nas dimensões política e ideológica). Falta, nesse sentido, engendrará-la numa perspectiva histórica mais ampla, perpassada por um debate teórico e político consistente, para que a AB não termine por regredir à herança setorial da saúde (LIMA et al., 2005).

Para Lima et al. (2005), no âmbito do discurso, a AB mascara os vários problemas que a saúde vem enfrentando ao longo do tempo, além de ferir conquistas e de representar um retrocesso, visto que sua formulação ocorreu verticalmente, centralizada no nível federal e de forma setorializada, obedecendo ao ideário do BM e do FMI, pautado na economia da saúde (focalização e seletividade).

Assim sendo, estrategicamente, a AB se afasta daquilo que não é conveniente ao mercado, o que pode resultar na despolitização das políticas de saúde e na tecnificação do SUS. A formulação da APS, ao contrário, foi perpassada pela discussão das condições econômicas, políticas e sociais presentes na sociedade naquele momento histórico (BOTAZZO, 2006)¹⁵.

Ou seja, a recomendação de Ribeiro (2002) para que se considere o que a AB representa é pertinente, pois os diversos conceitos e ações estabelecidas podem, metodologicamente, apontar para a aceitação do modelo clássico da história natural das doenças¹⁶. Por isso, em sua concepção, existe a necessidade de desvelar o grande emaranhado de definições que estão misturadas a diferentes projetos políticos, a defesa de interesses de grupos profissionais, as crenças e pressupostos não testados ou provados, que comprometem sua identidade (ou da APS no Brasil). É necessário então, reconhecer e apontar ações, iniciativas, intervenções, serviços ou estruturas organizacionais que resultem em um detalhamento conceitual dessas terminologias, para daí expressar quais são seus fundamentos e objetivos dentro do sistema de saúde brasileiro (RIBEIRO, 2002).

A colocação do autor é pertinente, pois analiso como relevante a necessidade de melhor identificar porque esses conceitos vêm sendo utilizados de forma diversificada, de maneira confusa e heterogênea, buscando com isso, reduzir as dificuldades, incertezas, insuficiências e incoerências existentes quanto aos mesmos, bem como conhecer o contexto em que são aplicados.

Parafraseando Testa (1992), o mais importante a ser elucidado, a respeito da APS, é se ela é uma atenção primária ou primitiva, o que não depende apenas de uma definição legal, mas envolve também questões mais complexas, como o direito do usuário a ter acesso a toda a rede de atenção à saúde. Por isso, acredito que é preciso superar a polissemia (oculta ou não declarada) presente no discurso sobre APS, pois em meu entender, esta é real e pode ocultar uma contradição na implantação das políticas de saúde (entre o discurso e a realidade real e ideal, entre o Movimento Sanitário e o modelo médico centrado), levando-me a refletir: porque

¹⁵ O autor não faz propriamente uma referência direta às possíveis diferenças entre AB e APS, mas ao ressaltar a artificialidade do conceito da primeira se comparado à segunda, pode indicar o uso reduzido dessa por aquela.

¹⁶ Sobre história natural das doenças consultar: Leavell; Clark (1976), Conill (2003) e Arouca (1975).

esse debate não se coloca e porque não está claro? Penso que uma das causas é o fato dessa discussão não possuir um *corpus* empírico, o que dificulta esse processo, principalmente se considerarmos que os autores acima não avançaram em suas colocações, permanecendo num nível superficial.

Nesse estudo, adotei uma posição favorável àqueles autores que acreditam que é preciso melhor delimitar o que é APS e AB, e, percebendo que estes não aprofundaram suas análises, busquei ultrapassá-las, considerando a advertência de Heimann e Mendonça (2005) sobre a necessidade de conceituar as diferenças política e ideológica entre ambas (mas sem reduzi-las apenas ao contexto de surgimento de uma ou de outra), com a intenção de verificar se essas diferenças de fato existem e se acarretam problemas conceituais e operacionais na condução de nossas políticas de saúde. Utilizei a advertência de Narvai (2005, p. 1-4) que nos alerta que

[...] é indispensável que, ao fazer uso de uma palavra, cada um trate de explicitar o conceito que a ela atribui, em cada contexto específico, de modo que os enunciados façam sentido para os interlocutores. Passar como gato sobre brasas sobre essas questões, digamos semânticas, para 'ir direto ao ponto, tratar do que interessa, ocupar-se do que é relevante', como às vezes se faz, não ajuda muito. Ao contrário, trunca a comunicação entre os interessados no assunto e produz uma espécie de algaravia sanitária que, a pretexto de desenvolver a teoria, aumenta a confusão, pois certos enunciados restam ininteligíveis. [...]. Frequentemente, a comunicação em saúde se vê prejudicada porque termos e expressões ficam desgastados pois a eles são atribuídos sentidos variados. Assim, há risco de se verem esvaziados de significado. É conveniente que os termos, não obstante os sentidos que alguns deles têm em outras línguas, sejam empregados com sentidos precisos em língua portuguesa, de modo a melhorar a qualidade da comunicação e evitar ambigüidades e duplicidades de significados.

Nesse sentido, minha pretensão girou em torno de superar dificuldades semânticas e, subjacente a elas, os discursos políticos e ideológicos que tomam como sinônimos dois conceitos, que inicialmente, estou pressupondo distintos. Por outro lado, considere que o uso indiscriminado dessas expressões exclui a perspectiva de identificar as diferentes situações históricas que as desencadearam, outro importante alerta de Narvai (2005).

Reafirmo ainda que a sistematização legal de um conceito é, sem dúvida, um passo importante, mas não traz em si uma garantia de mudanças na operacionalização das políticas de saúde. Ou seja, trabalhar essa questão não significa uma mudança nas

práticas de saúde apenas pela formatação de um novo conceito, mas, este é importante na medida em que é “caminho de ordenação da realidade, visando em sua construção, apreendê-lo, analisá-lo e defini-lo como historicamente específico e socialmente condicionado” (MINAYO, 2004, p. 93).

Socialmente, o estudo buscou contribuir para uma melhor utilização dos conceitos de APS e AB no âmbito das políticas sociais. Logo, proporcionar uma reflexão teórica que sirva como ‘ferramenta’ orientadora para gestores, formuladores, trabalhadores e usuários das políticas de saúde, sendo significativo para as três esferas do governo e conseqüentemente, para a sociedade de modo geral. Conforme salienta Cohn (2006, p. 231), o estudo das políticas de saúde, de acordo com suas especificidades, abarca ao mesmo tempo um campo de conhecimento e de práticas “envolvendo uma conjugação de perspectivas de análises que possibilite ao mesmo tempo avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde.”

Assim, deixo aqui registradas minhas inquietações epistemológicas à procura de um elo ou de contradições ou de inconsistências entre APS e AB. Por isso, meu levantamento de literatura abarcou um leque de autores buscando evidências dessas diferenças em termos históricos, ideológicos e políticos.

Feitas essas ponderações iniciais, apresento a seguir o ‘caminho do pensamento’ construído nessa Dissertação, que foi estruturada em cinco capítulos.

No Capítulo Um realizei a reflexão teórica que circunscreve o problema a ser analisado. Fiz uma breve apresentação da política social, seguida de uma breve discussão sobre a crise do Estado de Bem Estar Social e a ofensiva neoliberal e do BM no âmbito das políticas sociais e em como esses determinantes afetaram as políticas de saúde, em uma perspectiva de refuncionalização do Estado e de restrições de direitos, bem como efetuei uma discussão acerca da funcionalidade da ideologia e da política aos interesses dominantes.

No Capítulo Dois apresentei de forma detalhada os procedimentos que foram adotados para a sistematização do objeto de pesquisa. Como eixo indicador do caminho, a metodologia organizada em um longo processo que envolveu inicialmente, a seleção de um amplo conjunto de documentos que, paulatinamente

foram reduzidos. O processo de tomada de decisão, ao ser descrito, possibilita o debate sobre sua adequação ao objeto. Ou parafraseando Chauí, o melhor caminho é aquele que possibilita a maior amplitude de resposta.

No Capítulo Três efetuei a discussão da emergência da APS no contexto internacional, analisando paralelamente as distintas interpretações de seu conceito, no intuito de construir um sólido referencial teórico que embasasse satisfatoriamente meu estudo.

No Capítulo Quatro me propus a elucidar o problema de pesquisa, ou seja, a discussão das dimensões ideológicas e políticas que formatam os discursos do MS sobre APS e AB, sendo que minha argumentação teórica girou em torno das interpretações da APS no contexto das políticas de saúde brasileira, considerando as particularidades e especificidades que a mesma assumiu no país, mergulhando tanto em seu significado concreto quanto no abstrato, visando desvendar o que estava oculto sob tais discursos.

No capítulo Cinco apontei os resultados, concluindo basicamente que os discursos do MS são ambíguos e contraditórios e mesmo que os documentos demonstrem uma reafirmação constante dos princípios consagrados pelo SUS e de uma APS abrangente, estes estão esvaziados de conteúdo político e ideológico. Demonstra-se que apesar da adoção da terminologia AB, esta não muda a realidade das práticas de saúde no país se não vier acompanhada de mudanças estruturais que possibilitem o enfrentamento das determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-doença.

Espero que a construção desse trabalho possa de alguma forma contribuir para lançar um novo olhar sobre a questão da APS e da AB no Brasil, bem como para seu fortalecimento teórico e conceitual. Minha pretensão foi apenas fazer uma aproximação à temática, sabendo que os impasses e lacunas não seriam por mim resolvidos, mas visando expandir os horizontes de todos os que estão comprometidos com a discussão da política de saúde brasileira, na expectativa de que o mesmo suscite novos e “acalorados” debates, constituindo outros desafios para futuras pesquisas. Portanto, fica o convite para a leitura! Contudo, com a seguinte advertência: não busque o leitor neste trabalho respostas conclusivas – ou soluções mágicas – para os desafios que a área da saúde vem impondo à atual

sociedade brasileira. Ao contrário, parafraseando Cohn (2006) busquei exatamente apontar a complexidade que as políticas de saúde envolvem e trazem consigo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA: PROBLEMATIZANDO O OBJETO

“Porque o problema é exatamente construir uma ordem ainda invisível de uma desordem visível e imediata” (Rubem Alves).

Para Vieira (2007), a política social deve sua existência/surgimento às reivindicações dos movimentos populares que se iniciaram no século XIX, quando ela passou a ser utilizada como estratégia governamental para intervir na reprodução das relações sociais¹⁷. Seu surgimento como prática política pode ser associado à passagem do capitalismo da livre-concorrência ao monopolista, quando o modo de produção capitalista alcançou sua maturidade e foram agregadas novas funções ao Estado (agora, mais complexo), com destaque para a intervenção no mercado e a regulação da economia, assegurando a reprodução social do capital, bem como sua expansão.

“A intervenção combinada do Estado, que articula as funções econômicas e as políticas sob o capitalismo monopolista, é também o *locus* da política social” (GRANEMANN, 2006, p. 13), principalmente ao se considerar as significativas mudanças que foram processadas nas relações sociais (VIEIRA, 2007). Ou seja, as políticas sociais representam o “resultado da relação e do complexo desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais – da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais” (FALEIROS, 2007, p. 46). Como bem pontua Silva (2004, p. 32-33, grifos da autora), trata-se de

[...] uma **arena de confronto de interesses contraditórios** em torno do acesso à riqueza social, na forma da parcela do excedente econômico apropriada pelo Estado. **A política social está em permanente contradição com a política econômica**, uma vez que aquela confere primazia às necessidades sociais, enquanto esta tem como objeto fomentar a acumulação e a rentabilidade dos negócios na esfera do mercado. [...]. As políticas sociais não podem ser anti-econômicas, mas é freqüente que as políticas econômicas sejam anti-sociais. [...] não é possível pensar as políticas sociais – o âmbito da reprodução – sem que sejamos remetidos,

¹⁷ “A reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade. Envolve a reprodução do modo de produção” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003, p. 72).

inelutavelmente, à esfera das relações de produção e das políticas econômicas.

Vieira (2007) adverte que as políticas econômicas e sociais ao formarem uma unidade, têm como característica incentivar e ampliar o capitalismo em determinado país e podem expressar mudanças nas relações entre os distintos grupos sociais existentes no interior de uma só classe ou nas relações entre as classes sociais. Por se distinguirem apenas no campo da formalidade, às vezes, dão a enganosa impressão de que são coisas bem diferentes. Para que isso não ocorra, a política social não pode ser analisada desconsiderando-se a questão do desenvolvimento econômico; do mesmo modo, esse também não pode ser examinado sem que se detenha na política social, pois esta não está desvinculada da sociedade, da economia ou do Estado.

Mesmo que a primeira vista um exame das políticas sociais remeta ao campo dos denominados serviços sociais, estão aí subjacentes as relações sociais e as relações de produção. Como as raízes das relações sociais localizam-se no mundo da produção, as políticas sociais são uma maneira de expressá-las (VIEIRA, 2007). Isto é, as políticas sociais são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social¹⁸ no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (NETTO, 1992). Outros elementos considerados imprescindíveis são

[...] o grau de antagonismo atingido no confronto das forças sociais, em dado momento e em determinado lugar; os interesses e ideologias predominantes na burocracia do Estado, sobretudo nos setores responsáveis pela elaboração e aplicação da política econômica e da política social; a formação dos chamados técnicos; as peculiaridades regionais; enfim, o movimento da história destas e de outras políticas [...] (VIEIRA, 2007, p. 146).

Isto é, as políticas sociais, ao serem examinadas, devem fundamentar-se no desenvolvimento contraditório da história, pois não podem ser compreendidas por si mesmas e não se definem por si só. Como suas raízes estão indubitavelmente no

¹⁸ O conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária provocou na constituição da sociedade capitalista. Está fundamentalmente vinculada ao conflito entre capital e trabalho, quando os trabalhadores exigiram seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, o que passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003).

mundo da produção, abarcam a luta histórica dos trabalhadores, as reivindicações populares e o antagonismo entre capital e trabalho. Ao longo da história, o Estado vem assumindo algumas dessas reivindicações – mas apenas aquelas aceitáveis para o grupo dominante e desde que a política econômica não seja prejudicada, pois esta predomina sobre a política social (VIEIRA, 2007). Como bem coloca Faleiros (2007, p. 52)

[...] o Estado não é um árbitro neutro, nem um juiz do bem-estar dos cidadãos. Nem é um instrumento, uma ferramenta nas mãos das classes dominantes, para realizar seus interesses. [...] [...] é um campo de batalha, onde as diferentes frações da burguesia e certos interesses do grupo no poder se defrontam e se conciliam com certos interesses das classes dominadas. O Estado é, ao mesmo tempo, lugar do poder político, um aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática, uma instância de mediação para a *práxis* social capaz de organizar o que aparece num determinado território como o interesse geral. O Estado resume, condensa, mediatiza as relações sociais, segundo as correlações de força da sociedade civil.

Nesse sentido, as determinações econômicas não podem ser subestimadas na abordagem das políticas sociais. Estas, se autonomizadas do processo de produção, tornam-se tão somente produto do politicismo, do estatismo ou passam apenas a ser vistas como a solução para a desigualdade ao se desconsiderar a natureza do modo de produção capitalista, sua evolução e acumulação. Portanto, quando se alude a elas, a unidade indissolúvel entre produção e reprodução sociais deve ser constantemente problematizada, bem como a particularidade e o contexto de cada país (BEHRING, 2002).

Quanto a atuação estatal, esta, quando se trata das políticas sociais é perpassada por, pelo menos, duas grandes direções: “a garantia de condições ‘econômicas’ e a garantia de condições ‘político-ideológicas’ de reprodução da ordem estabelecida e do modo de produção a ela associado” (OLIVEIRA, 2007, p. 205). No campo econômico, dentre outros, é preciso garantir os níveis mínimos de reprodução e manutenção da força de trabalho e as pressões de produtores privados de determinados bens e serviços para a ampliação do mercado de seus produtos e, no campo político-ideológico, é necessário que sejam garantidos os níveis mínimos de aceitação da ordem política dada, incorporando parte das demandas advindas dos setores subalternizados, as pressões oriundas de acordos político-partidários e os

interesses intra-burocráticos (OLIVEIRA, 2007). Por isso, Behring e Boschetti (2006, p. 43) afirmam que

[...] o estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões. Do ponto de vista histórico é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social que possuem papel determinante em sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social). Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. Dito de outra forma, relaciona as políticas sociais às determinações econômicas que, em cada momento histórico, atribuem um caráter específico ou uma dada configuração ao capitalismo e às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural. Do ponto de vista político, preocupa-se em reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam.

São elementos de totalidade, imbricados e articulados. Nesse sentido é que busquei compreender o papel do Estado em relação às políticas sociais e, mais especificamente, às políticas de saúde. Iniciei a problematização a partir dos anos 1970, recorte temporal justificado pelas mudanças que ocorreram em nível mundial nessa década e que, conseqüentemente, confluíram para a emergência do conceito da APS em nível mundial, bem como refletiram na configuração das políticas econômicas e sociais em nosso país, inclusive na configuração do sistema de saúde brasileiro.

Nos países de capitalismo central, a transição dos anos 1960-70 demarcava o fim dos “anos dourados da economia imperialista”, iniciada no fim da Segunda Guerra Mundial. Netto e Braz (2007) apontam que esta fase foi única na história do capitalismo monopolista e até agora não se repetiu mais. Durante os quase trinta anos gloriosos (do fim da Segunda Guerra Mundial – pós-1945 até a entrada dos anos 70), o capitalismo passou por crises que não foram suprimidas, mas cujos impactos foram reduzidos através da intervenção estatal, o que possibilitou seu desenvolvimento de maneira crescente nesse período.

Entretanto, a profundidade dessa crise¹⁹, além de por fim aos “anos dourados”, transformou profundamente o cenário mundial através de mudanças econômicas,

¹⁹ Para aprofundar a reflexão recomenda-se a leitura de Netto e Braz (2007).

sociais, políticas e culturais. O Estado Social do pós-guerra passou a ser duramente criticado e os ideais neoliberais começaram a ganhar terreno (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), principalmente no que se refere ao desmonte dos *Welfare States*²⁰ (NETTO; BRAZ, 2007).

Os vários modelos de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) do Estado interventor, que significaram a consolidação das políticas sociais (Políticas Keynesianas) e o reconhecimento dos direitos sociais a partir da pressão dos trabalhadores começaram a ruir (NETTO; BRAZ, 2007). O plano estratégico das Políticas Keynesianas era o Estado ser o sinalizador da direção do desenvolvimento, legitimando seu intervencionismo. O *Welfare State Keynesiano* foi um pacto tácito estabelecido entre o capital e o trabalho onde o primeiro comprometia-se a instituir uma sociedade de pleno emprego e de bem-estar social (através do Estado) e, o segundo, a abdicar do ideal revolucionário para permitir a paz social. O Estado não podia ser simplesmente um instrumento de coerção, mas, deveria desenvolver mecanismos de coesão social (NETTO; BRAZ, 2007). Nesse sentido, competia ao mesmo realizar a intervenção na economia ao direcionar os investimentos, estimular a produção, efetivar obras públicas e controlar os níveis de emprego para que fossem os mais altos possíveis ao modo de produção capitalista, e promover políticas sociais de proteção ao trabalho, dentre as quais saúde, previdência, habitação e educação (GRANEMAN, 2006).

Porém, com a primeira grande recessão catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973/74, evidenciaram-se alguns sinais contundentes “de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital onde não se realizou efetivamente” (BEHRING, 2006, p. 24).

No caso brasileiro, Pereira (2007) classifica que a dependência econômica e o domínio colonialista colaboraram para que a experiência brasileira no campo das políticas sociais ficasse limitada a um sistema de bem estar periférico.

O sistema de bem-estar periférico caracteriza-se por políticas residuais, fragmentadas, emergenciais, focalizadas, realizadas sob a ótica do mercado

²⁰ Sugere-se a leitura de Esping-Andersen (1991), Picó (1996), Titmuss (1958), Ferreira (2000), Rosanvallon (1986), Mishra (1995), Jones (1993) e Gough (1982).

ou da filantropia, ou seja, na visão liberal, onde a proteção social encontra grandes dificuldades para se constituir enquanto sistema, como por exemplo, o caso do Brasil. Trata-se de políticas que possuem um recorte seletivo, onde ser pobre é atributo de acesso a programas sociais, que devem ser estruturados na lógica da concessão e da dádiva, contrapondo-se ao direito (COUTO, 2004, p. 71).

Entre os processos históricos internacionais e brasileiros, o primeiro elemento identificado por Pereira (2007) é a aparente falta de sincronia entre ambos. Enquanto lá fora a reação burguesa à crise já transcorria, aqui ainda se vivia uma expansão econômica proporcionada pelo chamado “Milagre Brasileiro”, em pleno período da ditadura militar (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), entendido como:

[...] produto acabado de um movimento em que economia e política se vinculam estreitamente para viabilizar um processo de modernização conservadora. Suas características foram as benesses concedidas ao capital estrangeiro e aos grupos nacionais, o que permitiu a concentração e centralização do capital, além de instituir um padrão de industrialização dirigido ao atendimento da parcela elitizada de consumidores internos e às demandas do exterior (MOTA, 2005, p. 60).

Segundo Porto (2001), a consolidação do capitalismo monopolista no Brasil corresponde justamente ao período ditatorial, sendo constituído um sólido arranjo sócio-econômico e político conduzido pelo Estado, o que possibilitou a instauração de uma dominação essencialmente burguesa. Por um lado, o crescimento quantitativo de instâncias estatais funcionais ao modelo econômico adotado foi impulsionado e, por outro, no aspecto qualitativo, supostamente, ocorreu a implementação de políticas sociais abrangentes, principalmente a partir dos anos 1970, para compensar o agravamento das condições de pobreza da classe trabalhadora brasileira, ocasionado pela concentração de renda, a pauperização da maioria da população e a precarização das condições de vida e de trabalho da maioria dos trabalhadores.

Apesar de nomeadas abrangentes, as políticas sociais foram acionadas de maneira restrita, ocorrendo uma verdadeira *anticiudadania* patrocinada pelo Estado ditatorial, que se distanciou do padrão voltado à emancipação²¹ que o Estado de Bem-Estar Social poderia proporcionar, desenhando assim, “o perfil limitado e autoritário na

²¹ Silva (2004) nos sinaliza que essa emancipação pode ser representada pela cidadania plena (gozo dos direitos civis, políticos e sociais). Esping-Andersen (1991), por sua vez, se refere à garantia dos direitos sociais.

concepção de direitos sociais²², onde os mesmos tinham a finalidade de assegurar a sustentação política do regime” (COUTO, 2004, p. 136). Direitos civis e políticos²³ foram completamente aniquilados e atingidos em seu âmago, sendo que, todas e quaisquer manifestações coletivas e públicas foram proibidas (COUTO, 2004).

Embora a democracia e a garantia dos direitos estivessem presentes nos discursos oficiais, o contrário era comprovado através dos instrumentos legais²⁴ editados pelo regime, constituídos em um corpo institucional tecnocrático para responder às demandas sociais e do capital (COUTO, 2004).

Nesse período, as políticas sociais estiveram fortemente submetidas aos critérios de rentabilidade econômica, afirmando-se como meio de acumulação de riquezas, quando qualquer intento de satisfação das necessidades básicas foi negligenciado. As agências internacionais, dentre as quais o FMI, o BM e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) definiam quais eram as políticas sociais economicamente rentáveis, como por exemplo, o Banco Nacional da Habitação (BNH), a previdência social e a política educacional, o que produziu o acirramento das desigualdades sociais. Os programas sociais, embora integrantes da ação estatal e da gestão pública, eram desenvolvidos principalmente para a economia empresarial, sinalizando que sua execução era privatizada (PEREIRA, 2007). Ademais, não havia

²² Os direitos sociais são exercidos pelo homem por meio da intervenção do Estado, que é quem deve provê-los. É no âmbito do Estado que os homens buscam o cumprimento dos direitos sociais, embora ainda o façam de forma individual [...]. Ancoram-se na idéia de igualdade, que se constitui numa meta a ser alcançada, buscando enfrentar as desigualdades sociais (COUTO, 2004, p. 35). Estão atrelados às condições econômicas e à base fiscal estatal para ser garantidos. Compreende o direito à educação, à saúde, ao trabalho, à assistência e à previdência. Possuem caráter redistributivo, buscam promover a igualdade de acesso a bens socialmente produzidos, a fim de restaurar o equilíbrio para a coesão social. São materializados por meio de políticas sociais públicas e executados na órbita do Estado. São direitos de natureza coletiva, mas de titularidade individual (COUTO, 2004, p. 48).

²³ Os direitos civis compreendem o direito à vida, à liberdade de pensamento e fé, o direito de ir e vir, à propriedade privada, à liberdade de imprensa e à igualdade perante a lei. Os direitos políticos compreendem o direito de votar e ser votado, direito à associação e à organização (COUTO, 2004). “Os direitos civis e políticos são direitos exercidos pelos homens, individualmente, e têm como princípio opor-se à presença da intermediação do Estado para seu exercício, pois é o homem, fundado na idéia da liberdade, que deve ser o titular dos direitos civis, exercendo-os contra o poder do Estado, ou, no caso dos direitos políticos, exercê-los na esfera de intervenção no Estado” (COUTO, 2004, p. 35).

²⁴ Os Atos Institucionais (AIs), que passaram a estabelecer as regras de convivência entre os militares e a sociedade em geral. Tinham como papel “moldar as condições objetivas para que o regime econômico, político e social fosse implantado na sua totalidade, sem interferência e seguindo a lógica de que aos militares era delegada a tarefa de conduzir o país para seu pleno desenvolvimento, sem perigo de sobressaltos. Os AIs eram dotados de arbitrariedades e apontavam a forma de como os direitos civis, políticos e sociais eram concebidos e gestados de acordo com os interesses dominantes” (COUTO, 2004, p. 122).

nenhum mecanismo de controle ou de participação dos trabalhadores no sistema de proteção vigente (MOTA, 2005).

Nessa época, foi configurado o sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar, quando foi criada a previdência complementar privada, ocorrendo uma expansão dos sistemas nessa modalidade. Ou seja, o acesso às mesmas continuava comprometido, o que expressou a particularidade das políticas sociais brasileira no período ditatorial. A singularidade desse momento é que, sem deixar de privilegiar a expansão do capital, o Estado ofereceu uma imagem social que conferia legitimidade ao regime (MOTA, 2005). Esta era a via de aprofundamento das relações sociais capitalistas no país, no momento, claramente, de natureza monopolista (NETTO, 2001).

[...] no capitalismo monopolista, a preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente, é uma função estatal de primeira ordem [...]. [...] a funcionalidade essencial da política social do Estado burguês no capitalismo monopolista se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho – ocupada, mediante a regulamentação das relações capitalistas/trabalhadores; lançada no exército industrial de reserva, através dos sistemas de seguro social (NETTO, 2001, p. 26- 31).

Portanto, a funcionalidade das políticas sociais no capitalismo monopolista não é ‘decorrência natural’ do Estado burguês e sim, sincronizada em maior ou menor medida à orientação econômico-social macroscópica do mesmo, para assegurar as condições adequadas ao desenvolvimento monopolista (NETTO, 2001).

Nesse sentido e a partir de uma perspectiva marxista, as políticas sociais são entendidas

[...] como **mecanismos de articulação**, tanto de processos políticos, que **visam o consenso social**, a aceitação e legitimação da ordem, a **mobilização/desmobilização da população**, a manutenção das relações sociais, a redução de conflitos, etc. quanto econômicos, procurando a redução dos custos de manutenção e reprodução da força de trabalho, favorecendo a acumulação e valorização do capital (PASTORINI, 1997, p. 87, grifos nossos).

Isto é, as políticas sociais do Estado não são instrumentos de realização de um bem-estar abstrato e tampouco são medidas boas ou más em si mesmas. Elas dependem diretamente da conjuntura em que se oferecem alternativas à determinada atuação do Estado, cuja legitimação passa por transformações ao

longo da história (FALEIROS, 2007). Ademais, participam na reprodução da estrutura política, econômica e social, colaborando para que as condições de dominação, de subordinação e das desigualdades sociais sejam reproduzidas, conseqüentemente, contribuem para que ocorra a legitimidade necessária à manutenção da ordem social (PASTORINI, 1997). Em suma, durante o período da ditadura militar, as políticas sociais eram fragmentárias, parcializadas e inorgânicas, mantendo as características que tiveram durante toda a história do Brasil, pouco evoluindo para a instrumentalização da população pobre com benefícios e assistência sociais genuínos (SERRA, 2000).

Esses vieses continuaram a marcar significativamente o posterior padrão nacional de proteção social, perpassado pelas seguintes características:

[...] ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e sobreposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira (PEREIRA, 2007, p. 126).

Nas décadas de 1970-80, as transições à democracia dos países latino-americanos trouxeram uma nova esperança, mas para muitos deles os benefícios econômicos e sociais dessas transições não se materializaram. As práticas de ajustes econômicos, as pressões da globalização e o impacto de algumas políticas econômicas neoliberais, juntamente com a desigualdade na distribuição da renda contribuíram para reforçar as iniquidades sociais (OPAS, 2005, p. 2).

Diante disso, as políticas sociais nos anos 1980 e 1990 do século XX serão analisadas em um contexto de reformas, quando o país vivenciava uma crise fiscal, das relações econômicas e sociais, do aparelho do Estado, a eclosão da crise da Previdência Social e quando atravessava a uma deterioração progressiva das condições de vida, do ambiente social e físico e mudança do papel do Estado (SOARES, 2003).

No contexto internacional assistia-se a uma recessão generalizada e a instituição de uma nova ordem econômica e política mundial (realinhamento dos blocos geopolíticos), que confirmou a hegemonia norte-americana. A Europa passava por uma reconfiguração, a globalização da economia se fortalecia e reforçava a distância entre países ricos e pobres. Ademais, ocorria o processo da acumulação flexível,

que consistia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo e reestruturação produtiva (SOARES, 2003).

Assistia-se a um ajuste neoliberal, que não se restringia à área econômica, mas que fazia “parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais” (SOARES, 2003, p. 19), cujas conseqüências afetaram sobremaneira o mundo do trabalho, englobando o desemprego, o subemprego, a informalidade no trabalho, a precarização das condições de trabalho e, conseqüentemente, a desproteção trabalhista, o que, contraditoriamente, não prejudicava a reprodução do capital, mas abalava vários segmentos da vida social (SOARES, 2003). Foram se desvelando as múltiplas conseqüências do neoliberalismo para a proteção social, como a desregulamentação de direitos e o corte nos gastos sociais, em uma reação contra o Estado intervencionista e de bem-estar, tanto teórica quanto politicamente e um discurso que privilegiava a esfera econômica (ANDERSON, 1995).

A espinha dorsal da proteção social foi atingida: as políticas sociais, onde os pobres substituem os cidadãos e a filantropia os direitos sociais, pois o mercado não reconhece direitos sociais. O Estado necessita ser forte para sustentar o sistema financeiro e falido para cuidar do social. Não se trata da diminuição do Estado, mas a diminuição de suas funções coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação dos direitos sociais. Assim, o problema central do neoliberalismo não reside no tamanho do Estado, mas sim na liquidação de capacidade de regulação e arbitragem do poder político do mesmo derivado da vontade soberana do povo (NOGUEIRA, 2002).

No rastro desta reconfiguração, as medidas pensadas e postas em prática para responder às demandas e necessidades sociais não mais prevêm a universalidade do atendimento e o protagonismo do Estado, seja como provedor, seja como garantidor de direitos. Agora, a ênfase recai na co-responsabilidade entre atores públicos e privados, na expectativa de que as políticas sociais e as políticas voltadas para o mercado de trabalho possam completar-se num esforço integrado de resposta ao acirramento da desigualdade social (BOSCHETTI et al., 2008, p. 11).

Para Soares (2003), essas mudanças se fortaleceram enquanto doutrina constituída e alcançaram praticamente todos os países, com a característica predominante de serem convergentes com as medidas recomendadas pelo BM, que se tornaram um verdadeiro receituário, além de fazerem constantemente uma contraposição entre a ineficiência do Estado e a eficiência das organizações privadas. No que tange à

saúde, o Estado deveria financiar um mínimo de saúde, especialmente para uma camada específica da população (os mais vulneráveis ou pobres) e o mercado se encarregaria do financiamento privado do restante dos serviços de saúde. Ou seja, o Banco preconizava um ajuste estrutural, orientado para o mercado.

A saúde se tornou objeto de interesse político-ideológico e de investimento do BM já no final da década de 1960, vinculada aos problemas causados pelo crescimento demográfico e à questão do combate à pobreza, bem como o planejamento familiar, a racionalização, o custo-efetividade e a eficácia aplicados aos serviços de saúde e a responsabilização individual e comunitária sobre seus problemas de saúde. Em 1975 o BM associou-se à OMS com o intuito de tornar-se consultor econômico para questões relativas à saúde, reconhecendo que os conhecimentos técnicos eram de competência daquela, mas cuja capacidade era limitada para realizar análises econômicas (RIZZOTTO, 2000).

Mas foi somente nos anos 1980 que a saúde entrou como um setor específico na pauta de financiamento do Banco e com uma razão preponderante para tal: ao financiar projetos para a área da saúde pretendia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor, se conscientizando do grande potencial mercadológico da área e passando a estimular as privatizações no setor, visando a lucratividade através do mercado da saúde (RIZZOTTO, 2000).

Opinião corroborada por Mattos (2001), que afirma que o BM através de diálogo político com cada governo, visava a obter adesão às sugestões já elaboradas, sem estudos específicos acerca da realidade de cada um dos países. A emergência desse novo padrão de atuação foi simultânea à sua crescente proeminência no debate sobre as políticas de saúde no cenário internacional, adentrando fortemente os anos 1990.

Dentre as propostas do BM para a área da saúde destacam-se a focalização, a garantia de serviços essenciais para a população em risco social nos países “subdesenvolvidos”; a criação de um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de vida; os investimentos racionais e o controle e avaliação de desempenho; a atenção secundária direcionada ao mercado; o

estabelecimento de um pacote de serviços clínicos essenciais e básicos; as prioridades para investimentos em atenção terciária; ênfase na APS; a transferência da assistência para Organizações Não-Governamentais (ONGs) e setor privado; a flexibilização das diretrizes federais na atenção à saúde; a racionalização no uso de tecnologia de alto custo; o incentivo a assistência domiciliar devido ao baixo custo; os programas ampliados de imunizações, de suplementação de micronutrientes; os programas sanitários escolares para tratar as verminoses e também para a transmissão de noções de higiene; os programas para esclarecimento sobre o planejamento familiar e o controle de vetores e doenças; os programas para redução do consumo de tabaco, álcool e outras drogas, os programas para prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com ênfase nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e a flexibilização de recursos humanos (NOGUEIRA, 2002).

Para Costa (1998), o BM, ao divulgar para os países periféricos, uma agenda restritiva, produziu uma aliança tecnocrática transnacional orientada para a racionalização do gasto (mesmo para as sociedades com baixo investimento *per capita* em ações de saúde). Ou seja, a política de saúde passou a ser discutida afinada à economia da saúde, sendo seus relatórios produzidos na perspectiva de maior eficiência na utilização de recursos, além disso, o Banco vinha produzindo uma crítica contundente à universalidade do acesso à saúde (VIANA; BAPTISTA, 2008).

A difusão de idéias ortodoxas em políticas sociais pelo BM produziu um expressivo realinhamento dos atores e instituições da arena internacional de saúde, questionando o mandato de outros organismos que atuam no setor, especialmente do sistema OMS/OPAS. As mudanças econômicas, ideológicas e políticas definidas pelos especialistas do BM apelam para a diminuição do papel do Estado e para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer o cuidado à saúde. Prioriza o controle das doenças e a instituição de programas de saúde baseados em critérios de custo-efetividade (COSTA, 1998, p. 130).

Nesse momento histórico (década de 1990) o mundo, com economia globalizada, enfrentava o fim da estabilidade financeira, passando por nova crise, o que levou ao chamado ajuste econômico, que dentre outros efeitos provocou maior recessão e cortes substanciais nos investimentos em educação, saúde e subsídios alimentares. Conseqüentemente, os anos 1990 foram considerados a década da desigualdade e

da pobreza, provenientes principalmente da má distribuição de renda, o que apontava para um colapso social (AGUIAR, 2003).

Vivenciava-se mais fortemente o fenômeno do desemprego e da precarização das relações do trabalho; o duplo impacto das doenças transmissíveis e não-transmissíveis sobre os custos de saúde; o crescimento da população e mudanças demográficas (o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas); a degradação do meio ambiente; a urbanização crescente e o isolamento rural e o aumento da violência social e doméstica. Todos considerados fatores determinantes que interferiam no processo saúde-doença e ameaçavam o bem-estar de centenas de milhões de pessoas (AGUIAR, 2003).

Nesse processo, as políticas sociais sofrem um impacto negativo, já que passam a ser substituídas pelos chamados “programas de combate à pobreza”, cuja função é a de minimizar os efeitos do ajuste sobre os mais empobrecidos e fragilizados, propostas que vêm se multiplicando no âmbito do BM. Como os países periféricos são dependentes de recursos externos, o Banco os submete aos “pacotes de serviços” por ele engendrados e a programas que têm a marca da transitoriedade e que não causam impactos substanciais e com reduzida efetividade para provocar mudanças sociais (SOARES, 2003).

O princípio da universalidade, considerado base do direito de cidadania passa a ser substituído por políticas focalizantes, onde o gasto público e os serviços sociais são direcionados àqueles “comprovadamente pobres”, bem como os agentes públicos estatais também são substituídos por organismos comunitários ou não-governamentais (SOARES, 2003). A descentralização (compreendida como mera transferência de responsabilidades do nível central para os níveis locais) e a privatização (mercantilização dos bens sociais) são outras estratégias do ideário neoliberal para a condução das políticas sociais (SOARES, 2003).

De fato, as políticas sociais focalizadas, de combate à pobreza, nascem e se articulam umbilicalmente às reformas neoliberais e tem por função compensar parcial, e muito limitadamente, os estragos socioeconômicos promovidos pelas políticas econômicas, o que é reconhecido pelo BM. Apesar disso, este preconiza

políticas sociais com um montante limitado de recursos públicos a ser disponibilizado e adequado permanentemente aos ajustes fiscais que devem ser realizados pelos países periféricos em troca de empréstimos, o que é exigência do FMI e do capital financeiro. Porém, para que estes países garantissem o pagamento das suas respectivas dívidas públicas, era necessário sacrificar as políticas sociais (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007).

Os programas sociais focalizados, apesar do caráter socialmente regressivo, do ponto de vista dos montantes transferidos e do número de famílias atingidas, assumiram uma dimensão nunca antes vista, devido a sua função amortecedora de tensões sociais no conjunto do projeto neoliberal, e este é o seu objetivo essencial. Não interessa a promoção da inclusão de forma estrutural e permanente, e sim, a funcionalização da pobreza mantendo em permanente estado de insegurança, indigência e dependência o seu público-alvo. É isso que permite a sua manipulação política, concomitante a um discurso politicamente correto por parte dos governos, apesar de configurar um cardápio mínimo de ações a serem desenvolvidas pelo Estado, apenas para a população mais pobre, numa perspectiva de restrição de direitos (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007). A focalização, por sua vez, reproduz as desigualdades sociais e reforça a segmentação social (caso as políticas focais não estejam integradas a uma política mais ampla que forneça um suporte social e garanta direitos universais (COHN, 2005).

A partir dos anos 1990 a OMS assimilou as idéias do BM, incorporando ao seu discurso o princípio da equidade (que na concepção do Banco é diferente de igualdade) e recomendando também a adoção do “pacote básico de serviços de saúde” pelos países periféricos. Paralelamente, o papel do setor privado na prestação de serviços começava a se destacar. O argumento utilizado pela OMS é que os sistemas de saúde públicos nos países periféricos estavam enfraquecidos e possuíam financiamento precário, necessitando de um setor extra-estatal, de iniciativa privada, que contribuísse na reversão de tal quadro. Foi a partir desse diálogo entre a OMS e o BM, que a proposta da APS defendida na Declaração de Alma-Ata passou a incorporar uma multiplicidade crescente de interpretações reducionistas da mesma (RIZZOTTO, 2000).

O BM iniciou insistentemente uma discussão acerca da questão da satisfação das necessidades humanas básicas, crescendo suas críticas aos países cuja desigualdade na distribuição de renda ocasionava uma extrema diferenciação social. Visando combater a pobreza, o Banco passou a acenar com financiamentos para programas e projetos centralizados em uma APS seletiva (RIZZOTTO, 2000).

Do ponto de vista político, a saúde não era mais reconhecida como direito universal, passando a ser concebida apenas como uma concessão benevolente do Estado e, onde as ações realizadas pelo terceiro setor são continuamente destacadas, ocorrendo a chamada refilantropização das políticas sociais. O complexo processo do adoecer humano é naturalizado e os avanços científicos e tecnológicos alcançados pelo setor saúde são negligenciados. Passam a vigorar os “pacotes de serviços clínicos essenciais”²⁵ e os “serviços de saúde pública”²⁶, considerados pelo BM como suficientes para atender às necessidades de saúde da população empobrecida, com ênfase na família e na comunidade. Para tal, é suficiente a utilização de baixa tecnologia, de procedimentos simplificados, limitados e baratos, bem como profissionais pouco qualificados (RIZZOTTO, 2000).

No Brasil, a pretensão do BM era a de promover importantes reformas no setor saúde, oferecendo ao país as diretrizes e orientações para as políticas de saúde nacionais. Suas propostas passam a ser apresentadas como fundamentais para ampliar a assistência à saúde aos mais pobres, mas em realidade, elas contribuem “para a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade brasileira e consagrados na Constituição Federal de 1988” (RIZZOTTO, 2000, p. 153).

²⁵ O Banco considera “serviços clínicos essenciais” como sendo aqueles que “atendem à demanda dos indivíduos. Geralmente buscam curar ou aliviar a dor dos que já estão enfermos. São eles: 1) serviços de assistência à gestante (atendimento pré-natal, no parto e pós-parto); serviços de planejamento familiar, controle de tuberculose, sobretudo por meio de medicação, controle das DST, atendimento a doenças graves comuns em crianças pequenas – doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, sarampo, malária e desnutrição aguda” (RIZZOTTO, 2000, p.139).

²⁶ No pacote de “serviços de saúde pública”, o Banco propõe seis áreas de atuação estipulando algumas atividades específicas: serviços de saúde para segmentos populacionais (imunização, tratamento em massa para verminoses, triagem em massa de doenças como câncer uterino e tuberculose); nutrição (educação nutricional, suplementação e reforço alimentar); fecundidade (serviços de planejamento familiar, aborto sem risco); tabaco e outras drogas (programas para redução do consumo de tabaco e álcool); meio ambiente familiar e externo (ação reguladora, controle de vetores e poluição, saneamento, políticas para melhorar o ambiente doméstico como renda e instrução) e prevenção da AIDS (RIZZOTTO, 2000, p. 139).

A partir dos anos 1990, o país adentrou um período marcado por uma nova ofensiva, adaptando-se uma vez mais às requisições do capitalismo mundial, na perspectiva de recomposição da hegemonia burguesa no país, que fora arranhada no processo de redemocratização. Inicia-se uma contra-reforma social e moral composta de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre a massa da população brasileira, visando à hegemonia do projeto neoliberal, que foram também antinacionais e antidemocráticas. Isso significou a implementação de uma pauta regressiva no país, revertendo as tendências democratizantes e expectativas redistributivas dos anos 1980, ocorrendo uma antinomia entre política econômica e social e o desmonte da seguridade social. Cresce a desresponsabilização do Estado pelas políticas sociais, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional das mesmas, permanecendo a defasagem entre o direito e a realidade. A articulação entre o assistencialismo focalizado e o mercado livre é cada vez mais impulsionado, visando ao cidadão consumidor, provocando a segmentação dos usuários do sistema de saúde e criando dificuldades para a implementação dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e igualdade preconizados para as políticas de saúde (BEHRING, 2003).

Isso demonstra que a área da saúde é “particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste neoliberal”, constituída por um terreno conflituoso. Além disso, é atravessada pela sobreposição de antigos e novos problemas agravados pela já mencionada desresponsabilização do Estado quanto às suas atribuições no campo social (SOARES, 2000, p. 17).

Some-se a isso a subordinação da ética política brasileira ao clientelismo e da administração pública aos interesses privados, a fragilização ou inexistência do controle social, a deterioração do setor saúde em muitos municípios, fator agravado por processos mal sucedidos de descentralização e municipalização, impossibilitando um padrão unitário de qualidade da atenção, bem como pelas dificuldades econômicas e deficiências técnicas e operacionais locais para diagnosticar, propor ou implementar políticas nesta área (RIZZOTTO, 2000).

Em 1998, diante do complexo quadro sanitário e da incapacidade das sociedades para resolver seus problemas de saúde, a Assembléia Mundial da Saúde, propôs a

Estratégia de “Saúde para Todos no Século XXI”, afirmando a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais que possibilitassem a criação de empregos, renda, alimentação, moradia, transporte, saneamento, saúde pública, segurança social e respeito aos direitos humanos (MENDES, 2002).

Porém, as causas profundas de natureza social e política que interferiam no processo saúde-doença permaneceram inalteradas, retroalimentando a problemática sanitária. Paralelamente, fortalecia-se o papel do BM no campo da saúde ao mesmo tempo em que cresciam as demandas por serviços de saúde. Um cenário paradoxal e perverso para as políticas de saúde (ALEIXO, 2002).

Diante desse contexto, para analisar as dimensões políticas e ideológicas que formatam os discursos sobre APS e AB no âmbito do MS, é preciso entender o que está por trás de um aparente discurso pautado na universalidade, que preconiza:

A saúde como um direito implica que ela seja concebida e implementada pelo Estado mediante políticas específicas e/ou afins tendo como público-alvo toda a população, independentemente de qualquer condição social específica dos diferentes segmentos que a compõem (COHN, 2006, p. 245).

O que contradiz a política econômica pautada no ajuste neoliberal. Por isso, advertida por Vieira (2007), a análise aqui produzida buscou considerar as políticas de saúde e sua trajetória histórica no país articuladas às dimensões econômicas, políticas e sociais da sociedade brasileira (COHN, 2006). A dúvida foi como articular a dimensão ideológica e política sem cair em armadilhas discursivas (RIZZOTTO, 2000).

As políticas de saúde foram entendidas aqui como “as formas, historicamente determinadas, de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (PAIM, 1999, p. 489). No âmbito acadêmico, “a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas” (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Como advertem Fleury e Ouverney (2008), as políticas de saúde necessitam ser compreendidas como uma política social, voltadas para a reprodução dos indivíduos

e das coletividades, sujeitas a múltiplos condicionantes, muitas vezes contraditórios. Seria mais simples pensar que toda política de saúde é basicamente voltada para melhorar as condições sanitárias de uma população. Porém, existem muitos outros interesses envolvidos que são determinantes para os rumos e o formato das políticas de saúde. Ou seja, sua construção envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento delimitado, mas que não podem ser negligenciados.

As políticas de saúde integram o sistema de proteção social brasileiro e se colocam na fronteira de diversas formas de relação social: entre gestores e atores políticos de entidades governamentais e empresas, indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, etc.), cidadãos e os poderes públicos, consumidores e provedores de bens e serviços, dentre outros. São relações diferentes em cada caso, envolvendo estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (FLEURY; OOVERNEY, 2008).

Isto é, as políticas de saúde estão em estreita interface entre o Estado, o mercado e a sociedade. Portanto, produzem ações que não se encerram no campo da saúde, já que podem influenciar diversos outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), como igualmente, podem cumprir vários outros papéis ou funções, além de seu objetivo precípua de resolver os problemas de saúde. Isso implica na compreensão das relações de poder que se estabelecem à sua volta e que afetam os processos decisórios que a definem. Assim sendo, as políticas de saúde podem desempenhar simultaneamente papéis políticos e econômicos distintos (FLEURY; OOVERNEY, 2008) e possuem

[...] uma ação institucionalizante que transcende seu caráter de espaço de lutas e as colocam como motor de construção do tecido social. Isso quer dizer que é extremamente importante, na construção das políticas de saúde, compreender a dinâmica das instituições maiores que as sustentam, como as normas legais que regulam direitos (leis, decretos, etc.), a estrutura organizacional geral do sistema de saúde, o formato da relação entre os entes da federação, dentre outros (FLEURY; OOVERNEY, 2008, p. 55).

Nesse sentido, Viana e Baptista (2008) trazem algumas considerações importantes para o debate: 1) que é preciso conhecer a forma como os grandes aparatos públicos operam, dentre eles, o próprio MS, as agências reguladoras – Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – e as Secretarias Estaduais de Saúde; 2) porque existe tanta fragmentação dentro do MS; 3) qual a influência de determinados formatos organizacionais na formulação e implementação de políticas; e, 4) como a política de saúde se articula ou depende da política econômica e como as diretrizes da última influenciam as decisões da primeira, principalmente nos aspectos menos visíveis (já que a questão do financiamento é muito visível) e como isso ocorre.

Outro aspecto a ser considerado é que o SUS é perpassado por diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde, sendo este orientado por vários critérios: 1) os tipos de serviços desenvolvidos (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, urgência e emergência); 2) os níveis de complexidade da atenção à saúde (AB, média e alta complexidade); 3) a direção das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde); e, 4) os modelos de prestação do cuidado à saúde, como a ESF (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Ademais, pode-se analisar que a organização é altamente centralizada, acentuadamente privatizada, crescentemente distante das necessidades de saúde da população brasileira visto que atende à necessidade de lucratividade do setor privado, com clara divisão de trabalho entre os setores privados e público, profundamente discriminatória e injusta e com acentuadas distorções na sua forma de financiamento. Os modelos de reorganização de serviços de saúde que vem sendo implementados negligenciam as ações de saúde pública e visam a manutenção da centralidade nas atividades lucrativas (COHN, 2003).

As distintas lógicas de organização dos serviços de saúde, para além da natureza jurídica dos prestadores e do perfil das unidades de saúde distribuídos no território, trazem enormes desafios para a implantação de uma rede de atenção à saúde orientada para suprir as principais necessidades de saúde da população, quadro agravado por uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. A complexidade desse quadro faz com que coexistam enfoques diferenciados para se analisar a política de saúde no Brasil, fato comprovado pela vasta produção teórica recente sobre o SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

No cenário brasileiro, quatro tendências centrais são apontadas para a organização do sistema de saúde: a primeira é demarcada no início do século XX até 1945, através do sanitarismo campanhista. Logo após, viveu-se um período considerado de transição, que vai de 1945 a 1960. De 1960 até meados dos anos 1980, o modelo médico assistencial privatista foi predominante. De meados dos anos 1980 até os dias atuais, o modelo em vigor no Brasil é o pluralista. No âmbito do sistema público de saúde, é representado pelo SUS. No âmbito do setor privado, é representado pelas instituições filantrópicas (segmento não lucrativo) e Atenção Médica Supletiva (segmento lucrativo), composta de diferentes modalidades de empresas: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguro-saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001). Como pontua Cohn (2006, p. 244, grifos da autora)

[...] há duas grandes vertentes de possibilidades de se concretizar o dever do Estado em prover para a sociedade o direito à saúde: o Estado ser provedor e produtor dos serviços de saúde; ou prover esse direito sem exercer o monopólio da produção desses serviços de saúde, permitindo que instituições do setor privado da saúde participem na oferta de serviços [...]. [...] **é esse *mix* público/privado na produção de serviços de saúde que prevalece no sistema de saúde brasileiro.**

Convém ressaltar que no caso específico dessa pesquisa, tomou-se cuidado com a utilização de categorias teóricas consagradas na análise das políticas de saúde – como a polarização entre universalização *versus* focalização – que pode assumir, na área da saúde, certas particularidades, provocando debates nem sempre homogêneos entre si.

Para Cohn (2006), na saúde universalização e focalização não são alternativas opostas e excludentes, e sim conflituosas (por isso, ela utiliza-se do binômio universalização “e” focalização e não universalização “ou” focalização). A própria autora reconhece que a combinação entre ambos, configura-se – “perigosamente, é certo – a focalização como uma estratégia de implantação da universalização da saúde como um direito e, nesse sentido, como um requisito da universalidade” (COHN, 2005, p. 395). Porém, para ela, a partir de 1990, com o processo de constituição do SUS e com o acúmulo de conhecimento produzido pela saúde coletiva, aquele binômio tende a ser deslocado para o debate em termos de uma

outra equação: “seletividade e equidade” no acesso aos serviços de atenção à saúde (COHN, 2005).

Cohn (2005) concorda com a premissa de que as propostas das agências internacionais, na área social, são traduzidas na formulação de políticas sociais orientadas para a focalização e com os gastos direcionados aos segmentos mais pobres da população, “tendo como instrumento privilegiado um novo modelo de atenção à saúde, o sistema de APS” (COHN, 2005, p. 392). Em minha opinião, trata-se de compreender a APS de forma reducionista e seletiva, pois esta interpretação é consubstanciada pela diminuição dos gastos estatais com saúde. Na opinião da autora, trata-se do início de um embate ideológico e político na América Latina entre o modelo focalista e o modelo universalista.

No Brasil, a agenda indicada como necessária para as atuais políticas de saúde, no discurso governamental e dos grupos empresariais ligados ao setor está relacionada à crise do Estado e à necessidade de sua superação. É um discurso aparentemente hegemônico²⁷, que não vem sendo impedido pela sociedade, pois o controle social que esta deveria exercer, ainda é perpassado por questões que impedem seu fortalecimento, corroborando assim, para a edificação de um consenso, que além de não romper com a racionalidade econômica, não inclui outras categorias que poderiam, teoricamente, explicar, de modo mais abrangente, estas alterações na agenda pública (NOGUEIRA, 2002).

As iniquidades (mortalidade infantil, desnutrição, doenças crônicas e agudas, saúde dos idosos, gravidez na adolescência, falta de saneamento básico e água potável, desigualdade no acesso e na utilização de serviços de saúde, etc.) no setor aumentam, pois além do acirramento da desigualdade social, convive-se com a desigualdade na distribuição de renda, o que não é somente prejudicial à saúde dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial à saúde da sociedade em seu conjunto (CARVALHO; BUSS, 2008).

²⁷ Chauí ressalta que a hegemonia é “um complexo de experiências, relações e atividades cujos limites estão fixados e interiorizados, mas que por ser mais que ideologia, tem a capacidade de controlar e produzir mudanças sociais. Culturalmente, numa sociedade de classes, [...] não é apenas um conjunto de representações, nem doutrinação e manipulação. É um corpo de práticas e de expectativas sobre o todo social existente e sobre o todo da existência: constitui e é constituída pela sociedade sob a forma de subordinação interiorizada e imperceptível” (CHAUÍ, 1993, p. 22).

Esse é um contexto que não pode ser ignorado, sob a penalidade de se cair no “reducionismo de soluções tecnocráticas para o campo da saúde, bem como a aceitação a-crítica de programas federais verticais e autoritários travestidos de ‘inovadores’ e ‘modernos’”, como vem acontecendo com o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF, que atualmente são considerados os “carros-chefe” da denominada reorganização do modelo de atenção (SOARES, 2000, p. 17).

Na opinião da autora, essa é uma reorganização dolorosa, pois, esses programas, além da verticalidade (impostos de cima para baixo), são totalmente normalizados pelo MS, no nível central, e bancados por “incentivos” financeiros no repasse de recursos. Na prática, isso obriga sua adoção pelos municípios, sem, contudo, ser considerada a enorme heterogeneidade entre os mesmos e a capacidade para ofertar serviços de saúde de cada um. Não se problematiza o fato de que muitos municípios “sequer possuem uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção, limitando o atendimento dado por esses programas a uma simples ‘porta de entrada’, sem resolutividade e sem ‘porta de saída’”, e que dificultam o acesso aos níveis de média e alta complexidade (SOARES, 2000, p. 24).

O complexo quadro epidemiológico brasileiro também é negligenciado, pois são programas que não consideram que os ‘pobres’ atualmente estão morrendo de acidentes e violências, cânceres, doenças cardiovasculares, problemas cuja resolução ultrapassa a capacidade dos ACS e demandam serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Estes agentes, muitas vezes sem qualificação, têm substituído profissionais qualificados, por uma remuneração praticamente simbólica, com contratos de trabalho precarizados e sob o falso argumento de que estão mais próximos da comunidade, logo, mais propensos a entenderem seus problemas e necessidades. Isso pode provocar enormes distorções, como os mecanismos de cooptação e clientelismo nas contratações, sem considerar suas limitações na resolução dos problemas de saúde da população (SOARES, 2000). Com essa crítica não se pretende excluir as ações criativas e pontuais desenvolvidas pelos ACS em uma dada realidade ou território de saúde, onde estes, às vezes são a única possibilidade de atenção.

Isso fragiliza o processo de consolidação do SUS e aprofunda a divisão no sistema de saúde brasileiro, condenando a maioria da população do país a um sistema de saúde ainda precário, com baixa resolutividade, com uma infra-estrutura precária da rede de serviços e de recursos humanos, a má distribuição espacial, a hierarquização da rede, a não existência de protocolos que orientem corretamente as equipes de saúde quanto aos procedimentos adequados para a maioria dos problemas de saúde, a carência de normas sobre procedimentos de integração intersetorial e no próprio setor e as diversas dificuldades de encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade, associadas à relativa desorganização dos serviços (BRASIL, 2001).

Em que pesem esses fatores, busca-se criar um consenso na opinião pública acerca da necessidade dos direitos de universalidade e integralidade da atenção sofrerem redução, conforme os ditames do BM, sendo a “assimilação” de suas sugestões às políticas de saúde brasileira percebidas justamente na centralidade que o PACS e a ESF assumiram no conjunto das políticas do MS; no estímulo à participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde e no estabelecimento de empréstimos para o desenvolvimento de projetos na área da saúde, conforme suas propostas de ações focalizadas em populações pobres, compensatórias frente ao mercado de seguros privados (RIZZOTTO, 2000).

A prioridade deve ser dada às intervenções com bons resultados em termos de um indicador denominado de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI). Assim, imunizações, saúde escolar, planejamento familiar, nutrição, campanhas para suspensão de álcool, tabagismo e prevenção da AIDS teriam custo baixo em relação a esse indicador, devendo ser priorizadas. Em relação aos serviços clínicos, [...], devem priorizar cinco tipos de serviços: atendimento a gestantes, planejamento familiar, tuberculose, DSTs e doenças graves da infância (desnutrição aguda, infecções respiratórias e diarreia) (CONILL, 2003, p. 227-228).

Isso confirma a tese de Rizzotto (2000) sobre a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade brasileira, nos moldes propostos pelo BM.

2.1 IDEOLOGIA E POLÍTICA NO ÂMBITO DA SAÚDE

A ideologia é um termo polissêmico, que contém muitas conotações e pode ser utilizada para escamotear a realidade, manter o *status quo* ou para justificar a impotência humana diante da realidade (PAIM, 2007). Compreender o que é ideologia é necessário para a desconstrução ideológica aqui pretendida, pois visa desvelar relações de dominação, mostrando causas e conexões que estão ocultas e buscar favorecer àqueles que se encontram em situação de desvantagem.

Neste trabalho foi entendida como uma representação que é dada aos homens que vivem em uma sociedade de classes para funcionar como uma mediação entre eles e o mundo, ancorada nas aparências dos fatos. É uma representação predominantemente invertida de maneira a funcionar como uma ilusão diante da verdadeira essência dos fenômenos. Ou seja, a ideologia não é um pensamento que o próprio sujeito concreto construiu, sendo muito mais uma forma de pensar ou um modo de apreender o real em sua aparência aliada a um conjunto de formulações pré-constituídas, que é utilizado para a explicação do real – o reconhecimento (AROUCA, 1975). Ou seja,

[...] a ideologia é um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações – idéias e valores e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é, portanto, um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preceitos) de caráter prescritivo, normativo, regulador, cuja função é dar aos membros de uma sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais, sem jamais atribuir tais diferenças à divisão da sociedade em classes, a partir das divisões na esfera da produção. Pelo contrário, a função da ideologia é a de apagar as diferenças, como as de classes e de fornecer aos membros da sociedade o sentimento da identidade social, encontrando certos referenciais identificadores de todos e para todos, como, por exemplo, a humanidade, a liberdade, a igualdade, a nação ou o Estado (CHAUÍ, 1980, p. 113).

As diferenças de classe e os conflitos sociais são camuflados, assegurando a coesão dos homens e a aceitação sem críticas de seu papel na sociedade, cuja função maior é a de manter a dominação de uma classe sobre a outra. A ideologia é ilusória, não no sentido de ser falsa ou errada, mas enquanto uma aparência que oculta a maneira pela qual a realidade social foi produzida. Isto é, sob sua superfície

existe a realidade concreta que precisa ser descoberta pela análise da gênese do processo das relações sociais (ARANHA; MARTINS, 1993).

Necessariamente, é a falsa representação do real que fornece uma visão mistificada do sistema social para manter os indivíduos em um lugar de classes dentro de um sistema de produção. A ideologia seria, portanto, uma alusão ao real fornecida em termos de ilusão. Primordialmente, tem como função ocultar a origem da sociedade (relações de produção como relações entre meios de produção e forças produtivas sob a divisão social do trabalho), dissimulando a presença da luta de classes e negando as desigualdades sociais. Socialmente, sua função é oferecer a idéia de que a posição dos indivíduos dentro de uma sociedade de classes é um fato natural. Quanto menos visível sua ação, maior a sua efetividade (AROUCA, 1975).

Tornar mais visível suas funções – especialmente no âmbito da saúde – foi a pretensão da análise documental efetuada por esse trabalho, numa caminhada contínua entre o texto aparente e o contexto social, visando examinar o conteúdo, a organização e a função dos documentos selecionados para a organização das políticas de saúde no país e os discursos aí engendrados. Segundo Chauí (1980, p. 21),

[...] é possível perceber qual o trabalho específico do discurso ideológico: realizar a lógica do poder fazendo com que as divisões e diferenças apareçam como simples diversidade das condições de vida de cada um, e a multiplicidade das instituições, longe de ser percebida como pluralidade conflituosa, apareça como um conjunto de esferas identificadas umas às outras, harmoniosa e funcionalmente entrelaçadas, condição para que um poder unitário se exerça sobre a totalidade do social e apareça, portanto, dotado da aura da universalidade, que não teria se fosse obrigado a admitir realmente a divisão efetiva da sociedade em classes. **O discurso ideológico é aquele que pretende fazer coincidir as coisas, anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser, destarte, engendrar uma lógica da identificação que unifique pensamento, linguagem e realidade** para, através dessa lógica, obter a identificação de todos os sujeitos sociais com uma imagem particular universalizada, isto é, com a imagem da classe dominante (grifos da autora).

Para analisar a lógica do poder, é preciso entender do que trata e do que é a política. Resumidamente, a política é a arte de governar, sendo que a ação política e o exercício do poder ocorrem no espaço contraditório do Estado. Assim sendo, a análise das políticas de saúde perpassa por esse espaço que é coberto de determinações. Isso significa considerar os variados graus das relações de forças que participam do processo político: as forças internacionais, as relações sociais

objetivas ao grande desenvolvimento das forças produtivas, as relações de força política e de partido (sistemas hegemônicos dentro do Estado) e as relações políticas imediatas (GRAMSCI, 1984). Isso significa que o conceito de política está estreitamente relacionado ao de poder, é inerente ao Estado, às pessoas e às instituições (COHN, 2006).

É na dimensão política que se observam os processos de tomada de decisão e imposição para a sociedade pelo poder do Estado. Conseqüentemente, na esfera da política, a disputa é sempre o exercício presente, desde que observadas determinadas regras do jogo, acordadas socialmente e reconhecidas pela sociedade como legítimas, entre interesses particulares de distintos grupos sociais para que sejam estes contemplados pelas decisões políticas, e assim impostos à sociedade; e ainda, que nesse processo se configurem como interesses gerais para a sociedade como um todo, portanto não como o interesse de um determinado grupo específico, mas como um bem público, respondendo ao interesse de todos (COHN, 2006, p. 234).

Isto é, a política envolve uma prática desenvolvida por vários atores coletivos em torno de uma esfera de ação e representação de interesses plurais, envolvendo aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, que são determinantes para o estabelecimento das relações de poder ao seu redor, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social (FLEURY; OUVRENEY, 2008).

Ao falar em política, no que se refere a saúde, duas dimensões são fundamentais: 1) a dimensão do exercício do poder; 2) a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades ao se eleger uma dentre várias possibilidades para a área da saúde fazer frente às necessidades de saúde da população de cidadãos que está sob a autoridade e a responsabilidade do Estado (COHN, 2006, p. 233). A política de saúde como um campo de forças no qual atores estabelecem processos políticos que tanto são circundados e direcionados por marcos institucionais quanto provocam o desenvolvimento de instituições e a sua transformação, sendo que a arena central das disputas no campo das políticas sociais é o próprio governo, como o conjunto de órgãos e corpos profissionais envolvidos no campo social (FLEURY; OUVRENEY, 2008, p. 57).

Dessa forma, estudar as políticas de saúde envolve compreender

[...] como se articulam os interesses das diferentes formas de organização e de obtenção de lucro das diferentes instituições e complexos hospitalares, como esses interesses se articulam com a indústria de produtos farmacêuticos e hospitalares, como se articulam com o sistema público estatal de saúde, etc. (COHN, 2006, p. 233).

Nesse sentido, há que se considerar que as políticas de saúde são elaboradas em arenas, canais e rotinas do processo decisório aonde atuam gestores, atores políticos e empresariais, que visam a definição de planos, programas, estratégias e os processos de alocação de recursos. Ou seja, é um círculo de relações de poder que moldam o formato geral das mesmas e abarcam instâncias de pactuação que visam a garantir o caráter democrático e participativo das decisões – os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde, os consórcios de saúde, as comissões intergestores bipartite e tripartite (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

No Brasil, o Estado, embora não seja espaço exclusivo do exercício da política é a instância que detém o monopólio dos instrumentos para a formulação e sobretudo a implementação das políticas de saúde, seja no que diz respeito à definição de prioridades a serem contempladas pelo Estado na área da saúde, à definição das formas de como implementá-las, de que mecanismos e de quais instrumentos lançar mão, que público-alvo priorizar, a que fontes de financiamento recorrer (COHN, 2006, p. 236).

Por isso, o processo decisório que envolve as políticas de saúde é atravessado por uma constante tensão entre o Estado e a sociedade, entre as liberdades individuais e as coletivas, entre os interesses privados e as articulações que estabelece concretamente entre instâncias econômicas, políticas e ideológicas. Há que se considerar também que as políticas setoriais da saúde possuem uma ação institucionalizante, como Leis, Decretos, Portarias, etc. e as relações conflituosas entre os estados e municípios (COHN, 2006).

Não se trata somente de estudar as medidas adotadas, mas sim buscar apontar exatamente ‘o que está por trás’ das políticas de saúde, mostrando as articulações das políticas de saúde com as dimensões econômicas, políticas e sociais que caracterizam a sua trajetória histórica no Brasil (COHN, 2006).

Assim, se a grande tensão de fundo, na política, é a disputa entre interesses particulares e interesses gerais, que ocorre numa arena onde os poderes dos distintos grupos são altamente diferenciados quanto à sua capacidade de impor aos demais sua vontade, por outro lado, a outra grande tensão, nos tempos atuais, reside na disputa sempre tensa entre a dimensão técnica e a dimensão política nos processos de tomada de decisão (COHN, 2006, p. 235).

Outro importante fator que não pode ser esquecido na análise das políticas de saúde é a tendência que consiste na auto-responsabilização dos indivíduos sobre suas condições de saúde, ou seja, o papel da sociedade. Os indivíduos e as famílias devem levar uma vida saudável, automonitorar a prevenção de determinadas

doenças e autofinanciar determinados serviços de saúde. Sendo assim, o Estado não é mais responsabilizado (COHN, 2006).

São atribuídas à sociedade responsabilidades que anteriormente eram do Estado, seja na gestão dos serviços de saúde através das Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPS) ou ONGs, ambas sem fins lucrativos, e entidades filantrópicas, ou fundações públicas, para prestação de serviços de saúde e demais serviços na área social. Assim, é introduzida no sistema de saúde uma lógica que não é necessariamente pública, mas também não é privada no sentido estrito do termo, já que esse tipo de instituições não busca diretamente o lucro (COHN, 2006).

O Estado não arca mais com a saúde enquanto um direito de todos, se encarregando apenas dos segmentos menos favorecidos da sociedade e a saúde é transformada em um bem de consumo como qualquer outro, segmentando a população segundo suas condições econômicas e instituindo um sistema de saúde fragmentado entre pobres e não pobres. O Estado provê apenas os serviços de saúde básicos para a população empobrecida e os demais acessam os serviços de saúde por intermédio de pagamento do seguro – saúde privada (COHN, 2006).

Por isso, a análise aqui teve como questão de orientação, a reflexão de Cohn (2006, p. 244) que nos alerta:

Se num determinado país o sistema público de serviços de saúde está voltado somente para a atenção primária, e o sistema privado de serviços de saúde para a atenção hospitalar, de maior complexidade, a tendência é que o perfil do seu sistema de saúde, composto desses dois subsistemas, segmente a população entre ricos e pobres: estes com acesso somente a um sistema público que lhes oferta serviços básicos de saúde, nas unidades básicas de saúde, e outro privado, voltado predominantemente aos que a ele têm acesso pelo mercado, isto é, por meio de pagamento direto ou por meio de pagamento de seguros e planos de saúde.

É freqüente a argumentação sobre como o mercado de planos e seguros de saúde é imprescindível para que o SUS seja aliviado de uma carga de ‘clientes’ que o onerariam. Assim, o debate transcende os trilhos econômico-epidemiológicos para uma via político-ideológica, que preconiza a redução dos gastos nas políticas de saúde pública. Desse modo, o sistema de saúde brasileiro é revestido por um caráter dual e antagônico permeado por conotações ideológicas como a burocracia *versus* agilidade e a ineficiência *versus* a eficiência (BAHIA; SCHEFFER, 2008).

Há que se considerar ainda

[...] o predomínio da concepção de se pensar e operacionalizar políticas do SUS de forma estanque, sem se levar em conta que o sistema de saúde brasileiro é composto de dois subsistemas: o SUS e o privado prestador de serviços de saúde (lucrativo e não lucrativo) e pelas operadoras. Isso teria como uma das consequências indesejáveis, mesmo quando não intencional por parte dos gestores, não só reatualizar a antiga dicotomia entre serviços públicos estatais e serviços privados de saúde, e portanto fragmentar a clientela tendo como parâmetro o consumo de serviços de saúde (via Estado ou via mercado), bem como continuar promovendo a segmentação do sistema de saúde em seu conjunto e do subsistema privado, tornando assim cada vez mais complexa a conquista da saúde como um direito. Em outras palavras, se estaria com isso reafirmando a saúde como um direito pelo lado das vias de acesso ao consumo dos serviços, e não pelo lado de seu estatuto de direito de cidadania (COHN, 2005, p. 402).

Feita a problematização do objeto, no próximo capítulo é apresentada a metodologia utilizada, ou seja, a busca pelo melhor caminho visando uma maior amplitude de resposta aos meus questionamentos.

3 METODOLOGIA

Os sentidos das palavras entram em disputa dentro de lutas mais amplas, sendo que as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios (BAKHTIN).

Só nos entregamos a problemas que julgamos poder resolver com os recursos de que dispomos (Rubem Alves).

A metodologia é a opção adotada pelo pesquisador para conduzir sua pesquisa. É o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, ocupando um lugar central no interior das teorias sociais (MINAYO, 2004). Ou seja, é um exercício de antever como a pesquisa será realizada, nos livrando das encruzilhadas e armadilhas que por ventura nos inquietem, aliviando nossa alma.

Por isso, entender bem o que é a metodologia é importante para verificar se o caminho escolhido pelo pesquisador é o melhor para alcançar aquilo que se objetiva através da realização da pesquisa.

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais (DUARTE, 2002, p. 140).

Ademais, representa uma situação, que problematizada, precisa ser explicada por um referencial teórico, através de um arsenal de instrumentos, de recursos técnico-operacionais e de mediações. A pesquisa procura revitalizar e tornar transparentes os vínculos existentes nas relações entre totalidade e particularidade, do ponto de vista do sujeito e do objeto (SETUBAL, 2005).

Para Minayo (2004), a pesquisa é uma atividade fundamental na produção do conhecimento, uma busca constante, marcada por um processo inacabado e permanente. É uma atividade que se aproxima sucessivamente da realidade e que nunca se esgota, numa combinação particular entre teoria e dados.

A realização de uma pesquisa requer do pesquisador um espírito de curiosidade científica, criatividade, disciplina, esmero metodológico, postura questionadora e criticidade, dada a dinamicidade de seu processo mediante as permanentes transformações do objeto. Por isso, o pesquisador, na sua aventura pelo conhecimento, se movimenta ativamente, numa estrada metodológica atravessada por percalços e curvas que precisam ser ultrapassados (SETUBAL, 2005).

Por isso, ao indicar nossa metodologia, fazemos mais do que cumprir uma formalidade. Estamos oferecendo aos nossos leitores a possibilidade deles refazerem nossa caminhada, e assim, avaliar com mais segurança nossas afirmações (DUARTE, 2002).

O primeiro passo foi então a difícil definição do objeto, o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa, o que envolveu um processo de muitas mudanças até a delimitação final. Foram várias as aproximações e as sugestões recebidas na Qualificação, todas fundamentais.

Assim, o presente estudo tem por objeto **as dimensões ideo-políticas que formatam os discursos do MS sobre a APS e AB**. Tem por objetivo geral **analisar as dimensões ideológicas e políticas que formatam os discursos do MS sobre a APS e AB** e por objetivos específicos: 1) analisar os discursos do MS para defender a AB como sinônimo de APS e que racionalidades são engendradas; 2) caracterizar o contexto político nacional e internacional no qual os discursos se inserem; 3) analisar as implicações destes discursos sobre a implantação da ESF.

O segundo passo foi a definição do período temporal desse estudo, que englobou os anos de 1993 a 2007. A delimitação do período que envolve os anos de 1993 a 2007 se justifica por ser o período quando começaram as indagações iniciais acerca da ESF e a formatação oficial de seus primeiros documentos, acompanhando sua evolução até chegar ao uso da expressão AB de forma recorrente. Outro fator preponderante é o fato de ocorrer a “integração institucional do novo MS, desde 1993, quando se extinguiu o órgão da previdência social responsável pela assistência médica no país – o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS” (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p. 482). Foi a partir daí que o MS teve como desafio a possibilidade de expandir a AB (como primeiro

nível de atenção), bem como foi um período marcado por mudanças paramétricas (não-estruturais) que não eliminaram o sistema público, nem introduziram como sistema geral um sistema privado, mas modificaram a abrangência e a estrutura dos benefícios (BOSCHETTI, 2008). São mudanças produzidas no âmbito da Previdência Social, mas que afetaram também a política de saúde.

Após identificar meu tema de pesquisa e a formulação das idéias iniciais, da revisão da literatura e da construção do problema de pesquisa, apresento a hipótese: o papel da AB é de legitimação de um discurso que a defende como o melhor meio para alcançar os princípios do SUS (universalidade, igualdade e integralidade), escamoteando a sua contraface: a ótica racionalizadora preconizada pela contra-reforma do Estado.

Parti do pressuposto de que o discurso do MS sobre a APS estrutura-se em três níveis:

[...] **ao nível econômico**, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam através do setor saúde; **ao nível político**, ao compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classe; **ao nível ideológico**, ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social (TEIXEIRA, 2006, p. 17-18).

Feito isso, passo a indicar a seleção dos métodos e técnicas de pesquisa, ou seja, o procedimento a ser utilizado (como fazer e porque fazer desse jeito).

Para caracterizar meu estudo, optei pela abordagem qualitativa, que na visão sociológica de Minayo (2004), é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Trata-se de uma abordagem apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação, onde o entendimento do contexto social e cultural são elementos importantes para a sistematização do conhecimento (MINAYO, 2004). As abordagens qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, ou seja, não existem regras precisas para sua realização, logo, possui diversidade e flexibilidade, não havendo uma receita a ser seguida, e sim, uma escolha política e ética por parte do pesquisador.

O método que me conduziu foi a análise documental, como fonte primordial de dados, sendo os documentos organizados e interpretados segundo os objetivos a serem alcançados. Para Alves-Mazzotti (2004), pode ser considerado documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação. É uma fonte secundária e não representa a expressão imediata de uma verdade social, histórica e política de um dado fato estudado. À medida que o pesquisador vai selecionando e utilizando suas fontes documentais, estas desvelam suas complexidades. Por isso, a utilização dos documentos como fonte requer do pesquisador o conhecimento de algumas informações importantes como saber por qual instituição, para quê ou por quem foram criados, quais as fontes e procedimentos foram utilizados e quais os propósitos de sua elaboração. E, ao fazer isso, ele almeja armado pela teoria, construir um universo social mais amplo para olhar e desvelar determinado objeto de estudo, tecendo uma teia de diferentes matizes capazes de mapear os sentidos implícitos nos respectivos documentos.

Saliento que os fenômenos não são interpretados de uma única maneira, por isso, não há uma verdade absoluta, mas várias possibilidades de interpretar um mesmo documento, sob diferentes aspectos e pontos de vista. Ou seja, depende de cada pesquisador e de qual embasamento teórico foi utilizado pelo mesmo. Não é que existam verdades múltiplas, mas, em um confronto com a realidade, as interpretações são reproduzidas de uma maneira muito particular, mais ou menos fiel ao movimento do real. Ou seja, as interpretações não podem ser atos arbitrários do pensamento, mas o resultado de um processo coerente e racional que, sustentada em princípios teóricos, possibilita reconstruir objetivamente determinados aspectos de realidade (RIZZOTTO, 2000).

Por isso, não há como responder quais são as verdades absolutas nos conteúdos dos documentos, pois as verdades absolutas não existem, existem interpretações da realidade. Lembrando que nenhuma análise dará conta de todas as possibilidades de um documento. Entretanto, os documentos são fontes com potencial para informar as decisões e acontecimentos históricos de determinados períodos, permitindo a leitura de processos sociais que foram constituídos (MAY, 2004).

Trata-se de um processo de garimpagem, onde os documentos são como um quebra-cabeça, que exige que as peças sejam montadas e encaixadas (DUARTE, 2002). Ao efetuar a busca inicial dos documentos, meu objetivo era encontrar fontes necessárias para a pesquisa. Não havia ainda uma preocupação com a análise propriamente dita, que viria com a organização do material. Praticamente, todos os documentos foram localizados na biblioteca virtual do MS, o que significa um avanço tecnológico significativo para os pesquisadores mediante a facilidade de acesso aos mesmos.

Na coleta dos dados inicial foi selecionado um conjunto de documentos que poderiam representar uma aproximação inicial ao tema da pesquisa (Manuais, Normas, Pactos, Relatórios, Agendas, Leis, Portarias, etc.), como segue: Normas Operacionais Básicas – NOB-SUS/93 (1993), NOB-SUS/96 (1996) –, Manual Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (1997), Manual para a Organização da Atenção Básica (1999), Manual do Programa de Saúde da Família (2001), Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS-SUS/01 (2001), NOAS-SUAS/01 (2002), Piso da Atenção Básica (PAB): parte fixa (2002), Cartas da Promoção da Saúde (2002), Plano Nacional de Saúde - PNS (2004), Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), Agenda de Compromissos pela Saúde: Pactos pela Saúde 2006 – Pacto em Defesa do SUS, Pacto em Defesa da Vida e Pacto de Gestão (2006), Manual da Atenção primária: seminário do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) para construção de consensos (2004), Política Nacional de Atenção Básica (2007), Manual de Atenção Primária à Saúde e Promoção da Saúde (2007), Relatórios finais das 10ª (1996), 11ª (2001) e 12ª (2003) Conferências Nacionais de Saúde (CNSs).

Feita essa seleção, iniciei uma leitura flutuante dos mesmos, procedida de uma organização das informações a partir de uma pergunta básica feita a todos os documentos: que conceito de APS/AB é defendido pelo MS? Uma leitura aprofundada dos mesmos me permitiu visualizar que apenas o Manual de Atenção Primária à Saúde e Promoção da Saúde atendia ao critério estabelecido, mas era insuficiente para a análise, pois não era um documento produzido no âmbito do MS, apesar de publicado pelo mesmo. Ou seja, continuava sem resposta à minha questão de fundo.

Dessa forma, iniciei nova busca por outros documentos, novamente na biblioteca virtual do MS, atravessada por dificuldades, pois as possibilidades de que algum deles atendesse à especificidade da pergunta estavam se tornando reduzidas. Foram então estabelecidos contatos via correio eletrônico com o DAB, os quais não tiveram resposta. Também foram feitas tentativas de aproximação por intermédio de chamadas telefônicas, também improdutivas. Por fim, depois de muita busca (e algumas frustrações) foram localizados dois documentos que atendiam àquela pergunta. Devido a sua importância, efetuei um pequeno histórico dos mesmos, apresentado a seguir.

O primeiro documento intitulado **Documento final da comissão de avaliação da Atenção Básica** é produto do trabalho da Comissão de Avaliação da AB, instalada por intermédio da Portaria GM/MS Nº 676 de 03/06/2003, com as seguintes atribuições: 1) definir critérios, mecanismos e fluxos para avaliação da AB; 2) elencar um número básico de indicadores para acompanhamento efetivo e avaliação da AB nos municípios; 3) identificar todos os setores do MS e instrumentos utilizados para acompanhamento das ações de AB; 4) elaborar e propor estratégias para integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação da AB. A comissão foi composta por quatro membros da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), um representante da Secretaria Executiva, três representantes da Secretaria de Vigilância à Saúde, um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e um representante do CONASS (BRASIL, 2003).

A criação da Comissão justificou-se pela reivindicação dos municípios, principais executores das políticas de saúde, da necessidade de integrar processos, instrumentos e um enorme elenco de indicadores, uma vez que o município é quem arca com o maior ônus da fragmentação dos processos de gestão no âmbito federal e estadual. Sua finalidade precípua era a definição do desenho da avaliação da política de AB no Brasil, através da construção de uma série de consensos, inclusive em torno das concepções de AB e de avaliação (BRASIL, 2003).

A Comissão deliberou que o consenso em torno de uma elaboração conceitual compartilhada (no interior do MS e com as demais esferas de governo) sobre a AB é

fundamental, não só por oferecer bases explícitas para a formulação e implementação de propostas de intervenção dirigidas ao alcance das prioridades políticas de expansão e qualificação da AB, mas para indicar os elementos de referência para o monitoramento e avaliação de tais políticas. Sendo que, os instrumentos e indicadores a serem utilizados devem ser coerentes com a concepção de AB e organização dos serviços que a sustenta, com a direcionalidade em relação ao modelo de atenção proposto e com as prioridades estabelecidas no âmbito da política de saúde (BRASIL, 2003). Apesar disso, o documento pode ser analisado em uma perspectiva crítica de que a elaboração conceitual sobre a AB até o momento não era consensual.

O segundo documento intitulado **Saúde Bucal** tem como foco evidenciar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da AB, como parte fundamental na construção do SUS. É uma proposta da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS levada aos profissionais de saúde, resultante do trabalho de profissionais dos serviços e da universidade no âmbito da saúde bucal, cuja utilidade justifica-se como uma referência inicial às equipes de saúde nos diversos pontos do país. Surgiu no momento em que os serviços de saúde bucal necessitavam se reestruturar segundo os princípios do SUS. Além disso, era necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade, sendo sua elaboração pautada na necessidade de instrumentalizar equipes de saúde e profissionais para a consolidação dessas mudanças. Em síntese, o surgimento deste documento decorreu da necessidade de se construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado à saúde na AB como eixo estratégico para a reorganização do modelo assistencial no SUS (BRASIL, 2006).

Ao olhar para esses dois documentos de uma forma puramente analítica, percebi que os mesmos ainda eram insuficientes para responder aos objetivos traçados e limitavam o período delimitado apenas aos anos de 2003 e 2006. Nesse momento percebi a necessidade de ampliar o leque de documentos e de perguntas a serem efetuadas aos mesmos se quisesse compreender o contexto no qual a APS e a AB estavam inseridas. Nesse momento, redirecionei minha leitura para os documentos inicialmente selecionados com as seguintes questões de fundo: Quando aparece a

discussão da AB? Quando aparece a discussão da ESF? O que se esperava de cada uma delas?

Diante dessa ampliação das questões de fundo, foram retomados os seguintes documentos: **NOB-SUS 01/93** (1993); **NOB-SUS 01/96** (1997); **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial** (1997); **Manual para a organização da AB** (1999); **NOAS-SUS 01/01** (2001); **Programa Saúde da Família** (2001); **Agenda de Compromissos pela Saúde: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** (2006); **Política Nacional de Promoção da Saúde** (2006); **Política Nacional de Atenção Básica** (2007); **Atenção Primária e Promoção da Saúde** (CONASS, 2007). Além desses documentos, no apagar das luzes, consegui localizar um documento de suma importância, intitulado **Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família** (1994), conseguido na Biblioteca do MS, em Brasília, por intermédio de minha orientadora. Os demais documentos foram descartados.

Os documentos selecionados foram salvos em pastas no computador e posteriormente foram feitas cópias e encadernações dos mesmos, para facilitar a leitura. Para cada documento foi feito um fichamento, com um pequeno resumo de seu conteúdo, quem o elaborou, qual a sua finalidade, além da transcrição de alguns trechos que poderiam ser utilizados posteriormente na análise. Nesse momento, a organização do material coletado foi realizada de forma a atender aos critérios da Análise de Conteúdo, comportando algumas técnicas como o fichamento, o levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes e a criação de códigos para facilitar o controle e manuseio (DUARTE, 2002). Assim, foram produzidos dois quadros. O que apresento a seguir (quadro 1) e outro situado no Apêndice, seguindo a cronologia de publicação e se transformando num banco de dados de informações, ou seja, uma forma de manuseá-los sem perder sua totalidade, tendo em vista a finalidade de sua utilização: me possibilitar entender as relações sociais onde se desencadeou a utilização das terminologias a serem estudadas e as transformações por elas vivenciadas, explicando-as historicamente, como processo social, político e econômico, perpassado por ideologias e disputas de poder (MAY, 2004).

Ano	Natureza	Elaboração	Propósito
1993	Norma Operacional Básica (Portaria)	Não menciona	Apresentar a descentralização visando a completa reformulação do modelo assistencial, visando a redistribuição do poder e a efetiva implantação do SUS.
1994	Manual Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família	Documento elaborado a partir das conclusões obtidas na reunião sobre o tema “Saúde da Família” realizada nos dias 27 e 28 de dezembro, no MS e com a participação de técnicos do Grupo Hospitalar Conceição, do RS, Secretários estaduais e municipais de saúde, OPAS, OMS, Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).	Apresentar as bases do PSF, enquanto modelo voltado para a proteção e promoção da saúde.
1996	Norma Operacional Básica (publicada em 97)	Gestores das 03 esferas, usuários, prestadores de serviços e profissionais da saúde.	Favorecer mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde e a busca da plena responsabilidade do poder público municipal (responsabilização dos municípios).
1997	Manual Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial	SAS.	Apresentar o PSF como um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial e a ESF como uma prática que racionaliza a utilização dos recursos existentes, com capacidade de potencialização de resultados.
1999	Manual para a Organização da AB	SAS.	Dar prioridade à AB, visando a eficiência do sistema e a garantia de um mínimo de ações em saúde.

2001	Manual Programa Saúde da Família	Joelma Medinos Henriques (integrante da equipe técnica da Coordenação Geral de Planejamento - Secretaria Executiva).	Apresentar o PSF com o objetivo de reorganização da prática assistencial.
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde	SAS.	Defender a ampliação da AB, buscando definir de forma mais clara as responsabilidades e garantir a qualidade e efetividade das ações correspondentes a este nível de atenção.
2001	Relatório final da 11ª CNS	2.500 delegados, MS e Conselho Nacional de Saúde (CNS).	Projetar a imagem-objetivo a ser alcançada através de ações de curto, médio e longo prazos, e orientar a ação de movimentos sociais, usuários, trabalhadores, prestadores e gestores envolvidos na construção de um sistema de saúde capaz de responder adequadamente, com qualidade e humanização, às necessidades da população brasileira. Divulgar as prioridades que a sociedade, à luz da análise de conjuntura realizada, estabeleceu para o sistema e contribuir de forma efetiva para o fortalecimento do modelo de atendimento público em saúde no país.
2003	Documento final da comissão de avaliação da AB	Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria GM/MS nº 676 de 03/06/2003.	Defender a construção de consensos em torno das concepções de AB e de avaliação.
2006	Agenda de Compromissos pela Saúde: Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão	Documento pactuado na Comissão Intergestores Tripartite do dia 26/01/2006 e aprovado na reunião do CNS do dia 09/02/2006 e elaborado por	Consolidar e qualificar a ESF como modelo de AB e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

		técnicos de diversas áreas do MS, CONASS e CONASEMS.	
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde	Técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde.	Apresentar a promoção da saúde em estreita relação com a Vigilância em Saúde e estimular e fortalecer o protagonismo dos usuários.
2006	Cadernos de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal	Equipe de técnicos em Atenção Básica em Saúde Bucal e de Referências e contra-referências aos Centros de Especialidades Odontológicas.	Evidenciar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da AB, como parte fundamental na construção do SUS.
2007	Política Nacional de AB	Técnicos da coordenação de gestão da AB/DAB/SAS.	Regulamentação da AB (princípios gerais, características do processo de trabalho, responsabilidades da cada esfera de governo, atribuições dos funcionários, infra-estrutura, recursos, regras do financiamento, especificidades da ESF).
2007	Manual Atenção Primária e Promoção da Saúde	CONASS.	Discutir a promoção da saúde no SUS como um dos eixos da APS e contextualização do cenário que levou à adoção do termo AB no Brasil.

Quadro 1: relação dos documentos analisados e publicados pelo MS.

Todos os documentos selecionados foram publicados pelo MS, com circulação nacional, considerado o órgão do Executivo Federal responsável por conduzir a PNS, representando a autoridade sanitária nacional e o gestor federal do SUS, bem como sua normalização e coordenação geral. Além disso, há que se considerar que sua atuação na formulação e implantação de políticas envolve um permanente processo de interação com outros atores governamentais e não-governamentais (NOGUEIRA, 2002). Ou seja, apesar desses documentos serem publicados pelo MS, há que se compreender os meios e processos que levaram à tomada de decisão para sua elaboração e posterior implementação. Ou seja, as disputas aí envolvidas, a relação com os organismos internacionais, a lógica, a racionalidade e

os interesses divergentes que pautam tal processo. Ou seja, o MS não é por si só o “deus absoluto” na formulação dos mesmos. Há que se analisar que os documentos expressam o que foi aparentemente escrito, mas também aquilo que não foi escrito. Assim sendo, busquei olhar e refletir que os mesmos poderiam expressar tentativas de persuadir sujeitos políticos demarcados por acontecimentos sociais em conjunturas específicas, visando captar as várias dimensões envolvidas nessa processualidade (MAY, 2004).

Outra ressalva é que foi fundamental analisar os textos visando encontrar a linha mestra que os conduzia, relacionar uns aos outros e os termos chave. Nesse sentido, a linha mestra identificada em todos eles foi “a mudança no modelo assistencial ou no modelo de atenção à saúde”. O objetivo foi mapear a trajetória da APS no Brasil e conhecer os caminhos por esta percorridos até chegar a terminologia AB, onde duas reflexões são importantes: 1) o alinhamento conceitual por si só não muda a realidade; 2) o escamoteamento existe através de uma certa imprecisão e anomalias que confundem e estão postas, revelando um verdadeiro imbróglio no que se refere à APS/AB.

Gostaria de ressaltar que talvez a dificuldade de localização de documentos que atendessem ao perfil necessário para a realização dessa pesquisa, possa ser justificada através das principais questões e acordos levantados no documento produzido pela OPAS em maio de 2003, como parte do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, intitulado **Informe sobre a reunião de trabalho ‘discussão sobre o marco referencial e conceitual da AB e Saúde da Família no Brasil’**, reunião esta ocorrida em Brasília, com a participação de representantes do MS e da OPAS. Dentre os principais acordos finais dessa reunião destacava-se a necessidade de elaboração de um documento sobre o marco conceitual e os desafios da AB que servissem como referência para os gestores das diferentes esferas do SUS.

Eis as questões levantadas: 1) o que é AB e Saúde da Família e como se relacionam? 2) onde ficam as ações das vigilâncias neste espaço? 3) como definir as responsabilidades locais? 4) como qualificar a formação permanente? 5) quais são os indicadores apropriados para mensurar a AB? 6) qual seria a estratégia para melhorar a qualidade dos serviços? 7) é possível ampliar o acesso reduzindo

custos? 8) como as equipes de saúde podem dividir a responsabilidade da intersectorialidade com os gestores? 9) como conciliar o enfoque familiar e individual? e, 10) como desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das doenças na AB, que produzam impacto e fomentem a participação da comunidade? (OPAS, 2003).

Acredito que o documento final da comissão de avaliação da AB possa ser fruto dessa reunião. Mas, fica registrado que existiam (e existem) muitas questões a serem enfrentadas no que tange à organização da AB no país, como bem adverte o citado documento.

Para efetuar uma análise da APS em âmbito internacional, foram selecionados dois documentos: **Declaração de Alma-Ata**, produzido em 1978 e **Renovação da APS nas Américas**, produzido pela OPAS em parceria com a OMS e publicado em 2005, ambos publicados pela OMS e localizados no *site* de busca do Google, através do descritor APS. Nesses documentos, a questão de fundo que orientou a leitura era a pergunta inicial: qual o tratamento dispensado à APS? Convém ressaltar que nesse estudo o conceito de APS por mim defendido é proveniente do conceito adotado na Declaração de Alma-Ata.

Ano	Natureza	Elaboração	Propósitos
1978	Declaração de Alma-Ata	Delegados de 134 governos e representantes de 67 organizações da ONU, organismos especializados e ONGs que mantém relações oficiais com a OMS e UNICEF.	Difundir a APS abrangente em nível mundial, além de apresentar seus aspectos técnicos e operacionais.
2005	Relatório de posicionamento da OPAS/OMS sobre a “Renovação da APS nas Américas”	Grupo de Trabalho sobre APS criado em maio de 2004, conforme resolução 44.R6 da OPAS/OMS.	Analisar e reafirmar as dimensões conceituais da APS contidas na Declaração de Alma-Ata e elaborar uma nova declaração regional sobre APS que reflita as

			realidades atuais dos sistemas de serviços de saúde.
--	--	--	--

Quadro 2: documentos analisados publicados pela OMS.

Tratou-se de uma coleta de dados cuidadosa, efetuada para atender aos objetivos da pesquisa de maneira o mais satisfatória possível. Não foi uma tarefa fácil, o que significou passar por caminhos e descaminhos, a construção e desconstrução de muitas idéias para finalmente abarcar somente documentos que seriam efetivamente utilizados para a análise. Esse processo gerou muitas angústias e consumiu algumas noites de insônia e incertezas. Ao final, os documentos catalogados, dentro do limite de tempo para realização da pesquisa foram suficientes para realizar a análise pretendida, mesmo que não tenham sido esgotadas outras possibilidades oferecidas pelos mesmos.

Pari passu à análise documental foi realizada uma revisão bibliográfica que serviu para iluminar os meus passos na construção de uma contextualização teórica consistente, pois, como não é possível a existência isolada dos documentos, estes foram situados em uma estrutura teórica para a compreensão de seu conteúdo (MAY, 2004). Tal procedimento é central para ultrapassar as aparências e os níveis mais superficiais do texto para então, descobrir o seu verdadeiro significado.

Tanto a análise documental quanto a revisão de literatura foram utilizadas com respeito e fidelidade às idéias dos autores, visando não deturpar suas falas e conteúdos, bem como não foi cobrado indevidamente aquilo que eles não prometeram. Enfim, uma postura cuidadosa no uso das fontes, utilizando documentos e autores respeitando seu tempo histórico e as suas proposições.

Para melhor verificar ou analisar significados e intencionalidades nos documentos analisados e no esforço de responder aos objetivos propostos, optei pela técnica de Análise de Conteúdo tanto pela familiaridade com a mesma, como por ser uma técnica bastante difundida no âmbito do Serviço Social. Visei com essa análise, a reconstrução do objeto de pesquisa, ou seja, a dimensão ideo-política inscrita em discursos que trazem em si múltiplas significações. Segundo Minayo (2004, p. 199) “a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo”, que pode ser definida como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2003, p. 37).

A Análise de Conteúdo procura ir além das palavras, visando alcançar o conteúdo que está por trás delas, consistindo em um conjunto de técnicas que visam compreender criticamente os significados explícitos ou ocultos (BARDIN, 2003). Ou seja, procurar outros significados que extrapolam o conteúdo da mensagem por conterem sinais provenientes das experiências sociais, políticas e dos condicionantes históricos dos emissores e receptores para os quais a mensagem foi elaborada (SETUBAL, 2005).

Assim, a análise realizada pretendeu “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação dos documentos” (MINAYO, 2004, p. 203), articulando “a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: contexto e processo de produção da mensagem” (MINAYO, 2004, p. 203). Trata-se de uma técnica de investigação cuja função primordial é a inferência, ou seja, a ligação de alguns elementos do discurso através de um processo de categorização de temas a serem investigados no texto, definindo as unidades de análise, que precisam ser codificadas em categorias e subcategorias de acordo com o que se deseja observar e de modo a serem analisadas, tornando transparente a opacidade dos textos, indo além da aparência (RIZZINI; CASTRO; SARTOR, 1999). No quadro a seguir apresento as palavras-chave, que serviram como unidades de análise, subdivididas em categorias e subcategorias.

CATEGORIA EMPÍRICA E ANÁLITICA CENTRAL	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS E ANÁLITICAS
Política de saúde	APS; AB; ESF; Organização dos serviços de saúde; Mudança no modelo de atenção; Direito à saúde.

Quadro 3: unidades de análise.

O tratamento dos dados passou por algumas regras: a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência (BARDIN, 2003), sendo os processos de análise a unitarização, a categorização, a descrição e a interpretação, realizadas a partir da mediação entre o conteúdo descrito e a teoria utilizada, caracterizando assim uma **análise temática** (BARDIN, 2003).

Dentre os pressupostos teóricos para proceder tal análise, e considerando meu objeto de pesquisa, foi utilizado o **método crítico-dialético**. Através do materialismo histórico dialético, por meio da categoria de mediação, buscou-se apreender adequadamente a processualidade histórico-social das dimensões ideológicas e políticas subjacentes aos discursos do MS sobre APS e AB.

O materialismo histórico dialético consiste na aplicação do materialismo dialético ao campo da história. Como o próprio nome indica, é a explicação da história por fatores materiais, ou seja, econômicos e técnicos (ARANHA; MARTINS, 1993).

Ou seja, o que se pretendeu foi a apreensão do movimento histórico e a processualidade dos acontecimentos, objetivando conhecer e compreender a maneira como determinada política, situação ou fato social foram produzidos e não somente como funcionam. O materialismo histórico dialético assume que as estruturas de historicidade de uma totalidade social são os diferentes modos de produção e que, portanto, uma análise histórica de uma totalidade social é o estudo das sucessões descontínuas dos mesmos. Em suma, é a busca da essência dos fenômenos, desvendar como estes se manifestam, quais as suas contradições, buscando sua superação. Nesse processo, o homem é visto como um sujeito histórico crítico, influenciando e sendo influenciado pela realidade social concreta. Realidade que não é imediata, pronta, acabada, não se apresenta de forma clara, diferentemente, esconde e aparece. Por isso, é preciso desvendar o aparente e revelar a essência do fenômeno (KOSIK, 2002).

Enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem desse real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos e classes sociais), e realizar a crítica das ideologias, isto é, do imbricamento do sujeito e do objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo (MINAYO, 2004, p. 65). Nada se constrói fora da história. Ela não é uma unidade vazia ou estática da realidade mas uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo

de produção concreto. Isto é, os fenômenos econômicos e sociais são produtos da ação e da interação, da produção e da reprodução da sociedade pelos indivíduos (MINAYO, 2004, p. 68).

A dialética possui algumas categorias fundamentais – as categorias de mediação, que exprimem formas e modos de ser – as determinações de existências. São elementos estruturais que a razão extrai do real, reproduzindo mentalmente o que realmente existe. São complexos relativamente totais, dinâmicos, cujas inter-relações dão lugar a complexos cada vez mais abrangentes (PONTES, 2002), como é demonstrado a seguir:

1) **a totalidade**: os fenômenos com partes integrantes de um contexto mais amplo (KOSIK, 2002). A perspectiva de totalidade é uma categoria completa. É própria da constituição do real e é a essência constitutiva do real (PONTES, 2002).

2) **a particularidade**: é o campo das mediações. É a elucidação da tríade universalidade-particularidade-singularidade. A universalidade representa a totalidade social, as grandes determinações gerais de uma dada formação histórica; a particularidade é a categoria de mediação estruturante, representando a mediação concreta entre os homens singulares e a sociedade. É o espaço onde a legalidade universal se singulariza e a imediatez do singular se universaliza. A singularidade é a expressão dos objetos em si, em sua existência imediata em que são apresentados os traços irrepetíveis das situações singulares da vida em sociedade (coisas rotineiras, fortuitas, casuais). A dialética dessa tríade é a realidade da vida cotidiana de cada ser social (PONTES, 2002).

3) **a historicidade**: a história construída pelo homem, explicando o sentido da humanidade, num eterno devir, onde o homem produz e reproduz sua história. Por meio da história pode-se explicar a constituição dos fenômenos e suas relações em um contexto mais amplo (KOSIK, 2002). Isso

[...] significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado (MINAYO, 2004, p. 20).

4) **a contradição**: onde cada coisa exige o seu contrário (KOSIK, 2002).

A análise e a compreensão da complexa realidade do setor de saúde abarcam também o conhecimento dos determinantes sociais e políticos do país, visto que

estes perpassam as políticas de saúde ao longo de seu processo de institucionalização. Ou seja, compreender que as práticas de saúde têm uma natureza técnica, mas ao mesmo tempo, práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas e políticas (FLEURY, 1997). Como pressupostos do estudo:

a) Compreender a política social “a partir de uma ótica da totalidade, à medida que se estudem tanto os elementos econômicos, quanto os sociais e os políticos” (PASTORINI, 1997, p. 88).

b) Que saúde não é um “conceito abstrato” (BRASIL, 1987, p. 382), isto é,

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987, p. 382).

c) Que o processo saúde-doença é uma totalidade e que não se expressa individualmente, mas no modo de adoecer e morrer dos grupos humanos, numa dada sociedade, de acordo com as classes sociais que a compõe (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Por fim, esclareço que durante a realização da pesquisa buscou-se adotar algumas posturas tais como: despir-se de preconceitos, aguçar a sensibilidade visando perceber incoerências e contradições, refletir diante do novo, não aceitar a primeira explicação, não abandonar aquilo que à primeira vista não tinha explicação, perseverar na intenção, não escamotear os resultados e compartilhar as dúvidas e inquietações. Em suma, esse foi o caminho utilizado para a elucidação do problema de pesquisa, como demonstrado nos capítulos a seguir.

4 A DIRETRIZ DA APS: MÚLTIPLOS OLHARES

“O refrão ‘ceder anéis para não perder os dedos’ já caducou de tantos anéis e dedos perdidos, nas negociações da EC/29²⁸, da CPMF²⁹, do Fundo Previdenciário e dos 30% dos OSS³⁰. Que dedos restam a perder?” (SANTOS, 2008, p. 2016).

Discute-se aqui a diretriz da APS pelos organismos internacionais, com ênfase a partir dos anos 1970, quando esta alcançou visibilidade mundial, por intermédio da Conferência de Alma-Ata e da Declaração daí proveniente. Busca-se esclarecer o que é e o que não é APS, seus pressupostos e elementos estruturais, além de demonstrar como existem múltiplos olhares e várias interpretações acerca de tal terminologia, inclusive no Brasil.

Início com a advertência de Aguiar (2003), para quem, a APS já era conhecida muito anteriormente à Conferência de Alma-Ata, porém, sem um escopo teórico delimitado, o que não diminui e tampouco esgota o leque das iniciativas realizadas antes desse importante evento. A história da APS é centenária e remonta a algumas experiências como a Medicina Social, iniciada na Alemanha e que propunha uma reforma econômica, política e social, sob a alegação de que os problemas de saúde possuíam uma natureza multifatorial; os Distritos Sanitários, na Rússia; e, a regionalização dos serviços de saúde, com ênfase nos Centros de Saúde Primários, instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível primário, na Inglaterra, que adotavam a perspectiva da medicina preventiva e curativa e a idéia dos médicos generalistas (aqui já se discutia a questão da porta de entrada ao sistema).

Com a emergência dos Centros de Saúde Primários, em 1920, originou-se uma aproximação ao conceito atual da APS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006), sendo sua noção difundida com a elaboração do *Relatório Dawson*, que a associou com a idéia da regionalização e da hierarquização dos cuidados à saúde (CONILL, 2008). Porém, somente em 1966, os Estados Unidos da América (EUA) confeccionou um informe sobre o que era a APS através da sua Comissão de

²⁸ Emenda Constitucional nº 29.

²⁹ Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira.

³⁰ Orçamento da Seguridade Social.

Cidadãos e em 1970, a Academia Americana de Médicos da Família produziu uma definição de APS, cronologicamente, coincidente com o início da crise do modelo flexneriano³¹. Por isso, nesse momento, ela esteve associada à racionalização dos gastos hospitalares, sendo utilizada numa perspectiva restrita (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). Isso demonstra que no processo histórico de sua implantação, apesar dos avanços, a APS também passou por obstáculos.

Uma contribuição significativa para o avanço da APS foi a experiência dos comitês comunais chineses (preferencialmente rurais) e dos médicos descalços (que não tinham formação médica), considerados a maior proposta de APS levada a cabo antes da Conferência de Alma-Ata. Outra contribuição importante foi o Relatório *Lalonde*, idealizado no Canadá (1974) e o questionamento iniciado nos EUA sobre os altos custos do modelo flexneriano, que não atendia à grande massa populacional, sem recursos para acessar os serviços médicos e que deu início ao desenvolvimento das bases da Medicina Familiar naquele país (AGUIAR, 2003).

Na mesma época, outro movimento começava a ganhar forças nos EUA – a Medicina Comunitária–, como uma ação social destinada aos grupos marginalizados da sociedade americana (negros, pobres e imigrantes), buscando unificar uma medicina simplificada e mais barata às necessidades contextuais de combate à pobreza. Contrapunha-se ao modelo vigente (flexneriano) e tinha como meta principal a expansão da cobertura dos serviços de saúde (SILVA JÚNIOR, 1998).

A Medicina Comunitária foi considerada resultado da articulação entre agências governamentais e universidades americanas e passou a ter um grande respaldo teórico, quando do lançamento do documento denominado Relatório *Carnegie*, que declarava oficialmente a crise da Medicina Flexneriana e onde também foram apontadas idéias para sua superação (AGUIAR, 2003). Nessa década (1970), foi difundida para países da África e da América Latina, inclusive o Brasil, através de projetos pilotos financiados por fundações filantrópicas daquele país (SILVA JÚNIOR, 1998). Concomitante a isso, ocorria o início da interferência das agências

³¹ Ou Medicina Científica, pautada no mecanicismo, no biologicismo, na especialização, na tecnificação do ato médico, na concentração de recursos e no hospitalocentrismo (SILVA JÚNIOR, 1998).

de desenvolvimento internacionais nos países periféricos, que preconizavam reformas estruturais e a racionalização de gastos para as políticas sociais, o que afetou sobremaneira as políticas de saúde desses países (CHAN, 2008).

Aprofundavam-se assim, as discussões sobre a APS em nível mundial, mediante um cenário marcado pela regressão das políticas sociais, forte crise sócio-econômica mundial (principalmente a crise do petróleo e a recessão global), pelo agravamento das condições de vida nos países periféricos e do quadro sanitário mundial, agravado pela ineficiência e alto custo da Medicina Científica (ALEIXO, 2002).

Conforme nos alerta Aguiar (2003, p. 42)

[...] as iniquidades observadas no campo da saúde em vários países, aliadas aos crescentes custos da atenção à saúde em todo o mundo e ao surgimento de diversas experiências de cuidados primários, fizeram com que a OMS fomentasse, na década de setenta, o debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência. Reconhecendo a dificuldade de se garantir esses objetivos através do acesso amplo e irrestrito aos serviços médicos – o que geraria custos impraticáveis aos sistemas nacionais de saúde – procurou-se estimular a discussão de meios capazes de cumprir o objetivo da extensão aos cuidados à saúde, bem como de experiências alternativas de cuidados primários existentes à época.

Assim, os anos de 1977 e 1978 foram marcados pela ampla discussão da APS em todo o mundo, através da realização de alguns eventos promovidos pela OMS, como a Reunião do Comitê de Peritos em APS da Região da África (Brazzaville, 1977); a Quarta Reunião Especial de Países Membros da OPAS (Washington, 1977); a Reunião Conjunta da OMS e do UNICEF para países da Região do Mediterrâneo Oriental (Alexandria, 1977); a Conferência sobre APS para países da região do Pacífico Ocidental (Manila, 1977); a Reunião Conjunta da OMS e do UNICEF sobre APS na Região do Sudeste Asiático (Nova Delhi, 1977); a Conferência sobre APS em países industrializados (Nova York, 1977) e o Congresso Internacional de ONGs sobre APS, em Halifax, no Canadá em 1978 (OMS, 1978).

Os documentos elaborados nessas reuniões apontavam para a necessidade da realização de um evento internacional cuja finalidade era o intercâmbio de idéias sobre o desenvolvimento da APS, sua organização e o suporte para uma assistência sanitária completa e eficaz para toda a população, servindo de subsídio para o maior evento destinado à discussão sobre a APS no mundo – a **1ª Conferência**

Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela OMS em parceria com o UNICEF e realizada na cidade de Alma-Ata, República do Cazaquistão, na antiga União Soviética, conhecida como Conferência de Alma-Ata (AGUIAR, 2003).

Buss (2003) afirma que mundialmente falando, existe um consenso ampliado de que este foi um dos eventos mais significativos para a saúde pública devido ao seu alcance em quase todos os sistemas de saúde mundiais, alimentando a crítica político-ideológica através de propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização dos sistemas de serviços de saúde, contrapostos ao modelo flexneriano.

Os objetivos da Conferência, segundo a OMS (1978), eram os seguintes: **promover o conceito de APS em todos os países**, intercambiar experiências e informações sobre sua organização em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde, avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo, bem como sua relação com a APS e o **potencial de melhoria dos sistemas nacionais de saúde com o estabelecimento de uma política pautada na APS**, definir seus princípios e as formas operativas de superação dos problemas práticos que porventura surgissem, definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral e por fim, formular recomendações para isso.

Afirmou-se ainda que era obrigação dos governos cuidar da saúde de seus povos, mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas para o desenvolvimento com justiça social (OMS, 1978), sendo a APS assim conceituada:

A APS é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, colocada **ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade**, mediante sua **plena participação** e a um custo que a comunidade e o país podem suportar, em todas e em cada uma das etapas do seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. **A APS forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde**, do que constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. **Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde**, levando o mais perto possível a atenção à saúde ao lugar onde as pessoas residem e trabalham,

constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária³² (OMS, 1978, p. 3-4, tradução e grifos da autora).

Assim, o conceito de APS estabelecido como consenso mundial em 1978 destacou elementos que a OMS estava empenhada em difundir naquele momento, quais sejam: a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação social, a necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. Esse discurso informou ao longo daquela década, de distintas maneiras e com distintos graus de intensidade, processos de reforma em países com modelos de prestação de serviços tão diversos quanto Cuba, Moçambique, Canadá, Inglaterra, Espanha, dentre outros (AGUIAR, 2003).

Segundo a OMS (1978), a APS deveria orientar-se para os principais problemas de saúde da comunidade e prestar os serviços de promoção da saúde³³ (considerada um de seus pilares fundamentais), prevenção de doença³⁴, tratamento e reabilitação

³² “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con el espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

³³ A definição de promoção da saúde é ampla, pois esta não está dirigida para uma dada doença ou agravo, mas serve para incrementar a saúde e o bem-estar da população, referindo-se à adoção de hábitos de vida saudáveis (CZERESNIA, 2003). Um ponto crítico em todo o debate sobre a promoção da saúde é a linha divisória entre esta e a prevenção de doenças, já que ambas são enfoques complementares ao processo saúde-doença seja no plano individual ou no coletivo (BUSS, 2003). O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes de tal processo, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. O objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, buscando condições de vida dignas e adequadas à melhoria das condições de bem-estar, por isso, seu foco é a saúde propriamente dita, mas, extrapolando esse setor (BUSS, 2003, p. 33-34). A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Esta concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento da atender para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2003).

³⁴ A prevenção de doenças pode usualmente ser entendida como intervenção voltada para evitar a ocorrência de um problema específico. Envolve a vigilância epidemiológica, a monitorização de riscos e as campanhas educativas (CZERESNIA, 2003), buscando com que os indivíduos fiquem isentos das mesmas (BUSS, 2003, p. 33). “A prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que o geram ou precipitam.” Evitar a enfermidade é o objetivo final, sendo um objetivo suficiente, a ausência de doenças (BUSS, 2003, p. 33). “As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de

necessários para sua resolução. Também deveria se orientar pelo princípio da intersetorialidade, exigindo esforços coordenados de todos os setores (sociais, políticos e econômicos), com destaque para a participação da comunidade na elaboração e planificação das ações de saúde, que, no mínimo, deveriam compreender

[...] **a educação sobre os principais problemas de saúde** e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes, **a provisão de alimentos e de uma nutrição apropriada, o abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão de planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas, a prevenção e a luta contra as enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns e o provimento de medicamentos essenciais**³⁵ (OMS, 1978, p. 4, tradução e grifos da autora).

A Conferência representou o marco legal e a oficialização da APS em nível mundial, sendo esta catalogada como doutrina universal. Diversos países participaram desse evento (não o Brasil), bem como representantes de ONGs, organismos especializados e instituições vinculadas à ONU. Aí, afirmaram-se os compromissos acima descritos, que se constituíram na chamada **Declaração de Alma-Ata** e em um documento complementar intitulado **Recomendações de Alma-Ata**, que visava ao cumprimento da meta social **Saúde para Todos no ano 2000** – SPT-2000 (SOUSA, 2006), eleita e transformada em consenso internacional na trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1977 (CORBO; MOROSINI, 2005). Assim foi que a APS se transformou na estratégia chave para sua operacionalização (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Seus princípios foram incorporados aos princípios da Declaração, onde reiterava-se que a saúde é um direito humano fundamental e que a desigualdade existente no estado de saúde da população é política, social e economicamente inaceitável (OMS, 1978).

doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (CZERESNIA, 2003, p. 45).

³⁵ “la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.”

Barrenechea e Uribe (1987) discutem que o argumento central do processo que pressupôs a SPT-2000 foi a satisfação das necessidades dos distintos grupos humanos que integram a sociedade, visando a diminuição das desigualdades entre estes, com a condição necessária de resolver os problemas de saúde com a maior participação social e eficiência possíveis. A meta não se expressa somente em objetivos de saúde a serem alcançados, mas também em meios de acesso, uso e organização dos serviços de saúde, juntamente com o suporte de recursos e ações de outros setores sociais e econômicos.

Sobre a meta SPT-2000, presente na Declaração, Paim (1999) acredita que ela deve ser analisada colocando-se, de lado, o seu conteúdo emocional e ideológico – esse último expresso através da tentativa de homogeneização de diferentes regimes políticos e modos de produção econômica existentes em diferentes sociedades, através de uma suposta neutralidade de saúde.

Aguiar (2003) alerta que os princípios da meta SPT-2000 consubstanciadas na Declaração eram imagens ideais, de difícil alcance principalmente em países que atravessavam sucessivas crises econômicas e, onde a adoção de programas de ajuste fiscal restringia o cumprimento da universalidade da saúde como fora sugerida em Alma-Ata. Some-se a isso, certa inespecificidade operacional da APS, o que contribuiu para uma multiplicidade de experiências e propiciou diferentes interpretações sobre seu conceito. Essas críticas devem ser consideradas ao se analisar tais interpretações.

Ressalta-se que a própria OMS advertiu que a APS é **muito mais do que uma simples extensão dos serviços básicos de saúde**, devendo englobar fatores sociais, culturais e de desenvolvimento. Sua apropriada aplicação deverá influenciar no funcionamento dos demais níveis que compõem um sistema de saúde, cujas atividades necessitam convergir na APS, para que esta lhes preste apoio, permitindo facilitar uma atenção sanitária básica de forma continuada, **constituindo o núcleo central de um sistema nacional de saúde** (OMS, 1978).

Só que, a conceituação de APS apresentada pela OMS suscitou opiniões diferentes sobre sua sustentabilidade e capacidade para lidar com as necessidades de saúde da população, principalmente ao defender a possibilidade de que os princípios da APS poderiam ser aplicados a diferentes contextos políticos, econômicos e sociais,

enfocando os aspectos bio-psico-sociais dos determinantes do processo saúde-doença. Para tal, cada país necessitaria interpretar e adaptar determinados aspectos concretos da APS em função de seu próprio contexto social, político e de desenvolvimento para torná-la acessível de uma maneira equânime a toda a população. O alerta feito pela OMS é que ela deveria oferecer o suporte filosófico para a organização dos sistemas de serviços de saúde e que nenhum país teria configuração igual ao outro, e até mesmo dentro de um determinado país ela poderia ser diferente, dependendo de suas características históricas, políticas, culturais e econômicas, mas, seus princípios deveriam ser os mesmos em qualquer lugar.

Com isso, a Organização reconheceu que os problemas sanitários e suas formas de resolução variam de acordo com os países e comunidades, e que estes precisariam adotar estratégias nacionais que levassem em consideração sua política interna e seus fatores sócio-econômicos específicos, bem como delimitar quais os recursos disponíveis e quais os problemas e necessidades da população. Entretanto, a OMS ressalta que desde o primeiro momento, deveria ser prestada especial atenção aos mais “necessitados”, “mais vulneráveis” e “mais desfavorecidos”, atribuindo alta prioridade às necessidades especiais das mulheres, das crianças, dos trabalhadores mais expostos e aos setores desfavorecidos da sociedade (OMS, 1978).

De modo geral, pode-se afirmar que a Declaração apresentou um caráter flexível, que permitia a “personalização” da APS em cada país, mas, ao adotar essa postura, a OMS sinalizava para a apropriação de seu conceito de forma reduzida, já que esta reconheceu a diversidade de sua utilização e afirmou que nenhuma delas deveria ser desqualificada. Ao contrário, dizia que as experiências existentes eram fontes de onde se poderiam extrair lições proveitosas. Inclusive, chamou as organizações internacionais, ONGs e outros organismos para que fomentassem ativamente o desenvolvimento nacional da APS e que prestassem maior apoio técnico e financeiro aos países chamados “subdesenvolvidos”. Dessa forma, em que pese a importância da iniciativa da OMS, esta atrelava-se aos interesses do capital, visando a manutenção da saúde do trabalhador para a produção, excluindo de seu discurso, a dimensão de classes.

A crítica feita por Paim (1999) é que a APS incorporou implicitamente elementos do discurso da Saúde Comunitária. Opinião corroborada por Merhy (1994), para quem a interpretação da APS presente na Declaração de Alma-Ata ficou presa ao núcleo epistemológico da Epidemiologia/Vigilância à Saúde e articulou sua proposta de atenção à saúde a partir dessa matriz. Dessa forma, recaiu na mesma armadilha da Saúde Comunitária aprisionada por um ideal nos limites do preventivismo, investindo muita energia na promoção da saúde e na prevenção de doenças, mas não conseguindo alterar o perfil do modelo flexneriano. Acredito que a crítica do autor, refere-se diretamente ao marco conceitual das propostas de Alma-Ata, que explicitam a inscrição do ideário preventivista como uma forma de assistir a população com procedimentos coletivos e de baixo custo sem, entretanto implementar mudanças estruturais na formação de recursos humanos em saúde, problema que permanece atual.

Em minha opinião, a leitura da Declaração de Alma-Ata aponta que a preocupação central era com a saúde do trabalhador e com sua capacidade para o trabalho, que não poderia ser prejudicada, dada sua importância para a acumulação capitalista. Nesse sentido, observa-se que a saúde estava sempre atrelada ao desenvolvimento social e econômico, pois melhorar a saúde significava caminhar *pari passu* para o aumento da produtividade. Assim sendo, a adoção da APS foi a estratégia encontrada naquele momento para se pensar uma saída para a crise econômica, sem perder a mão-de-obra, necessária à reestruturação do capital.

Acredito ainda que esta era a presunção para que se adotasse a APS como a tônica da resolução dos problemas de saúde que afetavam os trabalhadores, tendo em vista que os países (principalmente os periféricos) não tinham como arcar com os altos custos dos serviços médicos, propriamente ditos, aos quais, a maioria da população trabalhadora não tinha acesso. A Conferência de Alma-Ata sintetizava dois aspectos contraditórios: demandas do capital e do trabalho – sendo a saúde a tônica para uma vida economicamente produtiva.

Observa-se ainda que a Declaração ofereceu descrições ambiciosas e de certa forma, vagas, pois, ao afirmar que um dos seus objetivos era a definição dos princípios e os meios operativos da APS, tanto aqueles quanto estes não ficaram suficientemente claros e sistematizados, principalmente quanto à definição da

função dos governos (AGUIAR, 2003). Ademais, a Declaração sinalizou que existem diversos níveis de APS, mas não deixou claro de quais níveis estava falando. Assim como também não deixou esclarecido se ela é uma estratégia, uma política ou um plano. Ou se é apenas uma definição, uma terminologia, um conceito, uma noção ou uma idéia. A impressão é que ela é uma mescla de tudo isso.

Segundo Conill (2008), o estudo das diversas conjunturas ou contextos de aplicação da APS permitiu identificar seus elementos principais, combinações ou a direção predominante em torno de três eixos principais: 1) racionalização; 2) legitimação do Estado por meio de políticas públicas; e, 3) maior democratização dos serviços e práticas (discurso difundido com grande intensidade).

Quanto à racionalização (de recursos técnicos e financeiros) o discurso ocorria concomitante à adoção do princípio da universalidade, mas com recortes do tipo: “mais necessitados”, “mais vulneráveis” e “mais desfavorecidos” e “alta prioridade em mulheres, crianças, trabalhadores mais expostos” e “setores desfavorecidos da sociedade” e a particularidade de ser recomendada preferencialmente aos países ditos subdesenvolvidos (discurso que favorece a focalização e seletividade). Preconizava a responsabilização individual e a eficácia (discursos do BM), mas contraditoriamente reafirmava: a APS não poderia partir do pressuposto errado de que o que há que se fazer é facilitar aos pobres o tipo mais barato de assistência médica, com o mínimo de apoio financeiro e técnico (RIZZOTTO, 2000).

A união desses fatores pode ter dado margem à redução da APS aos “pacotes básicos de serviços”, atitude que só pode ser superada mediante uma intervenção política acompanhada de explicações convincentes acerca da finalidade e alcance próprios da APS, pois o que se está negando não é a importância de seus princípios, mas sim, a insuficiência de suas proposições (RIZZOTTO, 2000).

Reconheço, porém, amparada por Mendes (2002), que a Declaração de Alma-Ata significou uma ruptura radical com o pensamento convencional sobre saúde, pois deveria reduzir a lacuna existente entre o estado de saúde dos países centrais e periféricos, no sentido de diminuir as diferenças entre o desenvolvimento econômico e social dos últimos, cujo apelo foi um marco fundamental, pois introduziu princípios como **a universalidade, a intersectorialidade, a participação e o controle sociais, a integralidade e a justiça social.**

Foi a partir dessa Conferência que a OMS se tornou a grande defensora da APS, passando a ser a maior difusora de sua filosofia. Porém, o BM, por sua vez, se tornou seu principal financiador, principalmente nos países periféricos (SILVA JÚNIOR, 1998).

Na década de 1990 a OMS constatou que a APS não havia alcançado os objetivos propostos em 1978 e que persistiam as iniquidades sociais e de saúde na maioria dos países, especialmente nos países periféricos. Some-se a isso o surgimento de novos desafios epidemiológicos³⁶ que exigiam uma evolução das políticas de saúde para enfrentá-los. Dessa forma, decidiu fazer uma avaliação sobre o desenvolvimento da proposta. Em Riga (União Soviética), sob a denominação de “Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho”, os princípios da APS foram referendados para alcançar a meta SPT-2000, agora enfatizados sob a denominação de Sistemas Locais de Saúde³⁷ (SILOS), que passaram a ser considerados colunas vertebrais da APS. Além dessa estratégia, a OMS incorporou para os países periféricos o movimento da Promoção da Saúde, oriundo do Canadá (RIBEIRO, 2007).

Outra iniciativa ocorreu através da instituição de um Grupo de Trabalho (GT) sobre a APS pela OPAS (em parceria com a OMS), por intermédio de seus Estados Membros, cujos objetivos eram

[...] analisar e reafirmar as dimensões conceituais da APS contidas na Declaração de Alma-Ata; desenvolver definições operacionais de conceitos relevantes à APS; dar orientação aos países e à OPAS/OMS sobre como reorientar os sistemas e os serviços de saúde da região seguindo os princípios da APS; elaborar uma nova declaração regional sobre APS que reflita as realidades atuais dos sistemas de serviços de saúde e a necessidade de avaliar os êxitos e o progresso da APS e organizar e realizar uma consulta regional com grupos de interesse relevantes (OPAS, 2005, p. 23).

³⁶ Envelhecimento das populações, mudanças nas dietas e nas atividades físicas, a difusão de informações, urbanização e deterioração de estruturas e apoios sociais que contribuíram (direta ou indiretamente) para uma variedade de problemas de saúde como obesidade, hipertensão e doença cardiovascular, mais lesões e violência; e problemas relativos ao álcool, tabaco e drogas (OPAS, 2005).

³⁷ No Brasil, os SILOS foram denominados Distritos Sanitários (DS), que foram apresentados em 1986 na 22ª Conferência Pan-Americana de Saúde (PAIM, 1999).

Os resultados demonstraram algumas barreiras à implementação da APS nas Américas: uma visão fragmentada da saúde, indiferença quanto aos determinantes do processo saúde-doença, falta de abordagens preventivas e de auto-cuidados, enfoque excessivo na atenção curativa e especializada, sistemas de saúde segmentados e fragmentados, falta de comprometimento político, centralização excessiva do planejamento e gestão, lideranças frágeis, falta da credibilidade ante os cidadãos, mobilização de interesses opostos à APS, participação limitada da comunidade, condições de emprego inadequadas das equipes de saúde, pouco uso de técnicas de gestão e de comunicação, cultura de abordagens curativas e biomédicas entre trabalhadores da saúde, subfinanciamento do setor, o que afeta a sua sustentabilidade financeira e política, gastos públicos concentrados em especialistas, hospitais e alta tecnologia, estratégias e prioridades específicas para as doenças, alvos limitados e muito vinculados ao tempo, que não refletem as necessidades da população, pouca continuidade das políticas de saúde, abordagens excessivamente verticais e centralizadas, custos transferidos aos cidadãos, operacionalização insuficiente de seus conceitos, logo, diferentes interpretações da mesma (OPAS, 2005).

Diante disso, a OPAS decidiu fazer uma revisão completa da APS (teórica e prática) visando corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas de suas abordagens amplamente divergentes, bem como o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que ela pudesse capitalizar de forma a serem mais eficazes, mediante o reconhecimento crescente de que ela é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde (OPAS, 2005).

Em termos discursivos, a OPAS (2005) assim definiu um sistema de saúde com base na APS renovada:

Uma abordagem abrangente da organização e da operação dos sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado **pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade**. Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a **serviços aceitáveis** à população que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, enfatiza a

prevenção e a promoção e assegura o cuidado no primeiro atendimento. **As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação.** Um sistema de saúde com base na APS requer uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar a qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde (OPAS, 2005, p. 6, grifos da autora).

Entretanto, a organização alerta que esse não é um conceito fechado, mas com a mesma essência presente na Declaração de Alma-Ata. Só que, pela nova concepção, o sistema de saúde deveria incluir os setores público, privado e sem fins lucrativos. Nessa revisão foi descartada “a noção de APS como um conjunto definido de serviços, uma vez que estes devem ser congruentes com as necessidades locais” (OPAS, 2005, p. 6) e foi reconhecido ainda que seu sucesso depende de outras funções do sistema de saúde e de outros processos sociais. Por causa das especificidades de cada país, cada um deles deveria elaborar sua própria estratégia para renovação da APS (OPAS, 2005).

Não se pode negar que nesse momento, tanto a OMS quanto a OPAS estavam fortemente impregnadas pelos ideais do BM, não conseguindo esconder sua afinidade com os princípios racionalizadores de tal organismo. Mesmo que verse sobre justiça social, responsabilização governamental e solidariedade social, parece que o tipo de sociedade defendida é aquela que atende ao ajuste neoliberal. E, quando fala em sustentabilidade e qualidade, está falando, em realidade, de racionalidade econômica e técnica, pois defende a eficácia, o gerenciamento otimizado, a eficiência e os menores custos, assegurando os interesses do capital.

Uma crítica elaborada pela própria OPAS refere-se ao fato de que à medida que a APS se entrelaçou com a meta SPT-2000, seu significado e enfoque também se ampliaram para incluir uma variedade de resultados que não faziam parte da responsabilidade do sistema de saúde. Paradoxalmente, à medida em que o seu significado se expandiu para incluir diversos setores, sua implementação tornou-se cada vez mais estreita. O fracasso para alcançar a SPT-2000 ficou associado à deficiência observada da própria APS (OPAS, 2005).

Só que tal fracasso não pode ser associado unicamente à deficiência da APS (quer em termos interpretativos ou operacionais), mas principalmente pela estreita consonância com os condicionantes impostos pelo FMI e BM para que os países periféricos pudessem ter acesso aos seus empréstimos. Estes deveriam adotar reformas políticas macroeconômicas inspiradas no *Consenso de Washington*³⁸ e não tiveram outra opção além da de se entregar aos “braços acolhedores”, porém severos, de tais organismos, que, em seu discurso, apontam para a drástica redução do tamanho e papel do Estado no âmbito social, mas mantém a ênfase na diminuição da pobreza e nas conseqüências do aumento da desigualdade social, que não é considerada apenas uma ameaça à estabilidade política, mas como principal obstáculo para a competitividade internacional, numa visão economicista dos problemas sociais (NOGUEIRA, 2002). Trata-se de um contra-ataque às conquistas dos trabalhadores e a confirmação da assertiva de que o Estado, historicamente, tem servido mais aos interesses das classes dominantes associadas do que aos setores subalternos.

O que nos remete a Aleixo (2002), que aponta os mais recentes ataques contra a APS, em larga escala: 1) APS seletiva, justificada pela OMS/UNICEF pelo alto custo e a impraticabilidade de um programa global de saúde, no quadro de recessão mundial e de orçamentos sociais encolhidos; 2) crise econômica; e, 3) atuação do BM pautada na lógica desumanizada, mecânica e mercadológica dos serviços de saúde. Ou seja, o Banco financia seus projetos conforme o paradigma de ajuste estrutural, que tanto penaliza os países periféricos e sua população em situação de pobreza – a grande maioria. “Em suma, contra os efeitos colaterais de determinada droga, propõe-se como antídoto uma associação de drogas que, paradoxalmente, contém o veneno original” (ALEIXO, 2002, p. 10). O autor faz ainda uma síntese entre APS seletiva e APS integral, que pode ser compreendida no quadro abaixo.

³⁸ Conjunto de idéias neoliberais voltadas ao equacionamento da crise econômica na periferia capitalista, condensadas na redução do déficit fiscal, política monetária restritiva, exportações como motor do crescimento, liberalização do comércio exterior, desregulamentação, privatização e estabilização de preços e que prevaleceram na América Latina. Em termos conceituais, o Consenso de Washington pode ser considerado um conjunto de medidas, compostas por dez regras básicas: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros e câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto com eliminação de restrições, privatização das empresas estatais, desregulamentação das leis econômicas e trabalhistas e direito a propriedade. Foi formulado em 1989 por economistas do FMI, do BM e do Departamento do Tesouro dos EUA, baseado em um texto do economista John Williamson, do *International Institute of Economy*, e que se tornou a política oficial em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macroeconômico” dos países em “desenvolvimento” (DINIZ, 2000).

Parâmetros	APS Seletiva	APS Integral
Ações	Seleção de ações	Conjunto de ações integradas
Aplicação	Localizada	Sistêmica
Relação custo/benefício	Ênfase no custo	Ênfase na relação custo/benefício
Público-alvo	Tendência restritiva	Tendência universalizante
Princípio básico	Racionalizador/compensatório	Distributivo/eqüitativo
Modelo	Controle de doenças	Promoção da saúde

Quadro 4: APS seletiva e abrangente. Fonte: Aleixo (2002).

Pretendeu-se mostrar que, passados trinta anos da promulgação da Declaração de Alma-Ata, esta ainda está presente nos debates atuais, não sendo sua discussão ultrapassada (vide documento da OMS quando da comemoração dos 30 anos de Alma-Ata intitulado “APS: agora mais do que nunca”, publicado em 2008). Ao contrário, as desigualdades sociais aumentaram, a promoção da saúde ainda é um desafio, a saúde é amplamente mercantilizada, não ocorreram mudanças estruturais nos sistemas de saúde (cada vez mais fragmentados) e os trabalhadores continuam convivendo com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Santos (2008, p. 2012), ao fazer uma análise da política pública de saúde no Brasil, afirma: “o modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% de compradores de planos privados.”

Isso sinaliza para a necessidade de discutir as diferentes linhas de interpretação do conceito de APS que vêm sendo utilizadas em decorrência da multiplicidade dos processos de sua implementação nas políticas de saúde adotadas após Alma-Ata, que não permitem captar sua totalidade (AGUIAR, 2003). Estou consciente de que a discussão da APS tal como preconizada em Alma-Ata é insuficiente para dar conta da atual complexidade social, política e econômica. Todavia, a adoção do discurso não alcançou, até hoje, a ampla aplicação da orientação proposta.

4.1 APS: COLCHA DE RETALHOS

“Os verdadeiros analfabetos são os que aprenderam a ler e não lêem” (Mário Quintana).

Como se viu, a conceituação de APS envolve múltiplos fatores, perpassada por questões teóricas, ideológicas, políticas e práticas sanitárias distintas, com conseqüências também diferenciadas quanto às políticas de saúde adotadas e à garantia do direito universal à saúde (GIOVANELLA, 2008). Desse modo, é também perpassada por múltiplas interpretações.

Início com o rol de interpretações da APS oferecidas por Tarimo e Webster (1997):

- 1) **A APS como primeiro nível de atenção dentro de um sistema da saúde hierarquizado, configurado em níveis primário, secundário e terciário.** Assim compreendida é constituída apenas por serviços de saúde com um número de atividades definidas a serem desenvolvidas, subordinada ao sistema de serviços médicos. Tal interpretação pode limitar o significado da APS a uma noção técnico-administrativa ou a uma idéia pré-concebida de como deve ser o contato de um indivíduo com o sistema de saúde e seu trânsito pelo mesmo.
- 2) **A APS como uma abordagem que visa o alcance e a manutenção de um nível satisfatório de saúde para a população e que compreende os problemas de saúde em um sentido mais amplo.** Objetiva uma mudança efetiva em todo o sistema, buscando uma interação ampla com o sistema econômico e com os mecanismos de desenvolvimento social. Como abordagem, a APS, pode ser dividida em quatro princípios básicos: a) acesso universal e cobertura de acordo com as necessidades; b) envolvimento individual e comunitário; c) ações intersetoriais em prol da saúde; e, d) uso de tecnologia apropriada.
- 3) **A APS baseada apenas em determinados cuidados à comunidade,** outra interpretação limitada, **pois o desenvolvimento de programas isolados para a comunidade, por si só, são insuficientes para proporcionar saúde para todos,**

sem mudanças estruturais de base nos sistemas de saúde, bem como no padrão de distribuição de recursos para a saúde.

4) A APS somente para populações pobres de países periféricos, com recursos humanos pouco capacitados. Embora essa interpretação se aproxime de inúmeras experiências exitosas (como a chinesa) que mostraram resultados expressivos a partir de procedimentos simples, a APS não pode ser reduzida a populações específicas de países periféricos.

5) A APS como uma seleção de algumas atividades entre aquelas preconizadas como seus elementos essenciais, pois aquelas representam o número mínimo de atividades que precisam estar presentes em qualquer sistema de saúde. Essa interpretação vem ocorrendo em nome de uma política racionalizadora, que utiliza abordagens seletivas, pautadas em custo-efetividade. Assim, executam apenas as recomendações mínimas para a constituição da APS contidas na Declaração de Alma-Ata que não garantem sua correta interpretação e não configuram articulações intersetoriais e adaptações estruturais de todo o sistema.

6) A APS como uma atividade simplificada e relacionada apenas às áreas rurais, com o uso de intervenções de baixa-tecnologia e trabalhadores com conhecimento e treinamento precários, em oposição aos cuidados médico-hospitalares e de alta tecnologia. O entendimento da APS nessa perspectiva perpetua as iniquidades em saúde, reproduzindo-a através do uso de dois sistemas paralelos de saúde, divididos para ricos e pobres.

7) A APS como uma forma relativamente barata de se desenvolver o sistema de saúde, especialmente o de países periféricos, interpretação por muito tempo amplamente divulgada – o que não se comprovou na prática, pois esses países geralmente começam a desenvolver a APS a partir de uma situação na qual grande parte da população não tem acesso a serviços de saúde, onde mesmo um pequeno investimento *per capita* pode originar um grande custo, mas causa impacto em termos de inserção de parcelas a margem.

Chan (2008) concorda que a APS vem sendo confundida com um foco exclusivo no primeiro nível do sistema. Ainda que a Declaração de Alma-Ata contenha, de fato, a definição da APS como um primeiro nível de contato entre o indivíduo e a

comunidade com o seu sistema de saúde, seu entendimento como a principal característica da APS significa a perda de seu conceito mais amplo e de seus princípios subjacentes.

Vuori³⁹ (1985, p. 222-223) admite que o conceito de APS advogado pela OMS em Alma-Ata é nebuloso e trata-se mais de uma descrição que contém um número desejável de características de um sistema de saúde. Em seu pensamento, não existe um conceito de APS definitivo, porque ele a considera uma idéia, que pode permear todo um sistema de saúde mais do que identificar qual a parte do sistema que ela ocupa. Ele explica e descreve quatro formas de interpretações distintas que a APS pode ter e tem tido.

1) **APS como um conjunto de atividades:** Pela Declaração de Alma-Ata a APS envolve, no mínimo: educação em saúde, abastecimento de comida e nutrição apropriada, água potável e saneamento básico, assistência materno-infantil, imunização, prevenção e controle de moléstias endêmicas, tratamento básico para os problemas de saúde e provisão de medicamentos essenciais. De acordo com esta interpretação, um país possui APS se o sistema de saúde incluir esses oito elementos básicos. Porém, essa é uma interpretação simplificada e recorrente⁴⁰ (tradução da autora). Também denominada de APS seletiva, muito utilizada por países periféricos, direcionada para grupos específicos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

2) **APS como um nível de atenção:** A APS é o ponto de primeiro contato da população com o sistema de saúde quando tem problemas de saúde. Em muitos países, o primeiro nível de contato compreende médicos generalistas, enfermeiras, agentes de saúde e outras categorias similares de pessoal de saúde⁴¹ (tradução da

³⁹ Vuori alerta de que a atenção médica primária é um componente necessário da APS, mas não é igual à APS.

⁴⁰ “**Primary health care as a set of activities:** The Alma-Ata Declaration states that primary health care involves at least: health education, food supply and proper nutrition, safe water and basic sanitation, maternal and child health care, immunization, prevention and control of endemic diseases, basic treatment of health problems e provision of essential drugs. According this interpretation, a country has primary health care if its health care system includes these eight basic elements. The advantages of this interpretation are its simplicity and concreteness.”

⁴¹ “**Primary health care as a level of care:** is that part of the health care system which the population contacts first when it has health problems. In many countries, the first contact level comprises general

autora). Essa concepção é mais utilizada em países da Europa e em países industrializados. Enfoca o nível de atenção em um sistema de saúde e o local para atenção contínua de saúde da população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

3) APS como uma estratégia para a organização dos sistemas de saúde: Esse sistema de atenção à saúde precisa ser organizado levando em consideração alguns princípios estratégicos. Os serviços precisam ser acessíveis, relevantes às necessidades da população e funcionalmente integrados, baseados na participação comunitária, no custo-efetividade e caracterizados pela intersetorialidade. O trabalho dos profissionais de saúde deve ser em equipes. Uma nova distribuição de recursos entre cuidados de saúde primário, secundário e terciário talvez seja necessário para uma melhor reorientação dos recursos, treinamentos, atividades e atitudes em relação à APS⁴² (tradução da autora). Também denominada APS ampliada, conceito inscrito na Conferência de Alma-Ata (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

4) APS como uma filosofia que permeia todo o sistema de saúde: Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão somente quando seu sistema for caracterizado por: justiça social, equidade, auto-responsabilidade, solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde⁴³ (tradução da autora). Segundo Aguiar (2003) essa concepção pode ser compreendida como uma referência eminentemente teórica e conceitual da APS presente na Declaração de Alma-Ata.

Em 1987, a OPAS e a OMS realizaram um trabalho conjunto, onde ofereceram uma classificação das diferentes interpretações mais utilizadas de APS, que foram

practitioners, public health nurses, home health visitors and other similar categories of health personnel.”

⁴² **“Primary health care as a strategy of organizing health services:** this health care system has been organized taking into account certain strategic principles. The services have to be: accessible, relevant to the needs of the population, functionally integrated, based on community participation, cost-effective e characterized by intersectoral collaboration. In addition, the health professionals have to work in teams. A new distribution of resources between primary, secondary and tertiary health care may be needed as well as a reorientation of health personnel both in their numbers, training, activities and attitudes towards primary health care.”

⁴³ **“Primary health care as a philosophy permeating the entire health care system:** A country can claim to have primary health care in the most profound sense of the word only if its health care system is characterized by: social justice and equity, self-responsibility, international solidarity e acceptance of a broad concept of health.”

divididas didaticamente em três, mas que mutuamente não se excluíam: 1) um nível de atenção dentro do sistema; 2) um programa, com objetivos restritos à satisfação de necessidades elementares e previamente determinadas de grupos humanos em condições de extrema pobreza, com recursos utilizados de maneira diferenciada, com complexidade e custo mínimos; e, 3) uma estratégia que compreende e afeta todo um sistema de saúde e toda a população à qual esse sistema deve servir (AGUIAR, 2003). Para o autor, ao se tratar a APS unicamente do ponto de vista de um programa

[...] o resultado concreto dessa concepção é o desenvolvimento de programas marginais com recursos marginais para populações marginais, mantendo-se assim as desigualdades relativas à saúde entre distintos grupos socioeconômicos de uma determinada sociedade (AGUIAR, 2003, p. 68, grifos da autora).

Quando ela é tratada como estratégia, esta deve se propor a resolver ou minimizar os problemas econômicos e gerenciais que usualmente permeiam os serviços de saúde (como a escassez relativa de recursos para resolver as múltiplas necessidades de uma determinada sociedade) lidando com formas apropriadas de gerenciamento de todos os recursos de saúde disponíveis de modo a estimular a participação social, a articulação intersetorial e a cooperação com outras comunidades ou países que também compartilhem da mesma visão sobre APS (AGUIAR, 2003).

A interpretação da APS como um programa parece afastar-se dessa visão, pois reproduz a estrutura inequitativa que se tentou mudar com o estabelecimento dos preceitos de Alma-Ata. A classificação, como APS, do uso de recursos diferenciados para grupos de extrema pobreza, a custo mínimo, é um equívoco, distanciando-se da concepção de estratégia. É, contudo, uma interpretação compatível com a filosofia do BM de se selecionarem grupos humanos, administrando a eles intervenções predefinidas na forma de programas, a uma relação custo-benefício maximizada (AGUIAR, 2003, p. 70-71).

Dentre os principais autores que debatem a APS, destacam-se as reflexões de Bárbara Starfield⁴⁴ defensora de que “em sua forma mais altamente desenvolvida, a

⁴⁴ Bárbara Starfield é natural do Brooklyn (New York – EUA), formada em medicina, com especialização em pediatria, professora, pesquisadora de renome internacional, além de especialista internacional em Atenção Primária. É professora da Universidade John Hopkins, em Baltimore (EUA) e autora renomada de diversos artigos e livros sobre a Atenção Primária, conquistando vários prêmios na área. Utilizo a terminologia Atenção Primária pois é dessa forma que ela é tratada pela autora, pois ela é assim mais referida em países da Europa e em outros países ricos industrializados. Chamo atenção também para o fato de que o MS editou em português o livro dessa autora e o

Atenção Primária é a porta de entrada, considerada como acessibilidade e primeiro contato no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e população no decorrer do tempo” (STARFIELD, 2002, p. 9).

Vale ressaltar que Giovanella (2006) nos alerta que as concepções de Starfield são adotadas em países europeus e referem-se à Atenção Primária como serviços ambulatoriais de primeiro contato. Alerta feito pela própria Starfield ao enunciar que seu livro é amplamente direcionado para a atenção fornecida pelos médicos e que ela examina vários sistemas de Atenção Primária em nações industrializadas ocidentais. Ela ainda nos faz outro alerta adicional: que utiliza esse termo para denotar a atenção médica primária convencional, mas lutando para alcançar os objetivos da APS sistematizados em Alma-Ata. Sua intenção é sugerir que, ao aumentar a orientação dos serviços de Atenção Primária em direção à resposta das necessidades, tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam atenção, a atenção médica primária convencional se aproximará da visão da APS de Alma-Ata e em direção a uma maior equidade. Feito o alerta, passemos ao conceito.

Para Starfield (2002) a Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade). No decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária. Também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso⁴⁵, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e ao trabalho em equipe.

distribuiu aos profissionais que operacionalizam a chamada AB em nosso país, aos educadores, aos investigadores, aos gestores e usuários, sem nenhuma discussão ou adaptação às realidades locais, como se o livro (traduzido) por si só, desse conta de atender às necessidades de conhecimento sobre a APS por parte de profissionais e usuários e às especificidades de nosso país. Trata-se, em minha opinião de um equívoco e uma simplificação quanto ao modo de abordá-la.

⁴⁵ O acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde, ou seja, o uso oportuno dos mesmos, diferente da acessibilidade, que é o ponto de entrada e possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Ressalto que não há um consenso quanto à discussão de acesso e acessibilidade, que muitas vezes são tratados como sinônimos, o que não é o caso desse trabalho.

A Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Por isso é importante passar a entender seu papel como um foco de organização dos sistemas de saúde, capaz de melhorar a efetividade e a equidade. Para a autora não existe nada mais equivocado do que a crença prevalecente de que a essência da Atenção Primária é fundamentalmente simples (STARFIELD, 2002).

A autora considera inapropriada a interpretação da Atenção Primária como um conjunto de atividades, uma vez que existem apenas algumas poucas atividades que são específicas a ela. Para ela, as outras concepções de Atenção Primária – que a tratam como nível de atenção, estratégia ou filosofia – estão interligadas, sendo essa interação a base de sua própria definição (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) reforça que a complexidade da Atenção Primária e seus desafios exigirão esforços conjuntos na pesquisa e na tradução sistemática do conhecimento em políticas de saúde, pois, embora essa tenha se tornado cada vez mais reconhecida como um aspecto crítico dos sistemas de saúde, ela ainda sofre de uma falta de apreciação de suas características e contribuições, sendo que suas funções estão sob constante ameaça de serem banalizadas no zelo de economizar em serviços de saúde. Para a autora, apesar de oferecer o suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde, suas definições gerais não ajudam muito quando a tarefa é determinar se um dado sistema merece a descrição de Atenção Primária, tendo em vista que tentativas para defini-la por suas funções já vêm ocorrendo desde o início da década de 1970. Abaixo, os aspectos/funções que ela considera exclusivos da Atenção Primária:

1) **Atenção ao primeiro contato**: implica em acessibilidade e no uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independentemente do que uma instituição de saúde defina ou perceba como acessibilidade, ela só oferece atenção ao primeiro contato se os seus usuários em potencial perceberem-na como acessível e isto se reflita na sua utilização.

2) **Longitudinalidade**: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção à população eletiva e seu uso ao longo do tempo, exceto quando for necessário um encaminhamento. Significa a construção de vínculos entre a população com sua

fonte de atenção, o que reflete em fortes laços interpessoais que demonstrem a cooperação entre os usuários e os profissionais de saúde.

3) **Integralidade** ou abrangência: implica na utilização de todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo aqueles que não são oferecidos eficientemente na Atenção Primária. Isso inclui o encaminhamento para serviços secundários e terciários. A equipe de saúde precisa reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, além de reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que freqüentemente predispõe ou causa enfermidades.

4) **Coordenação** ou integração da atenção: significa a capacidade em centralizar e disponibilizar informações a respeito de problemas e serviços anteriores utilizados pelo paciente (histórico), com o objetivo de construir uma sólida base de informações, essencial para o atendimento do problema apresentado e para avaliar a coordenação da atenção, caracterizada pela atenção ininterrupta.

Na concepção de Starfield (2002) essas funções, às vezes, são confundidas com as tarefas/ações que são necessárias para realizá-las, como por exemplo, as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção à saúde materno-infantil, encaminhamentos, educação em saúde, etc. As funções é que são cruciais, pois as ações podem ser realizadas também em outros níveis. Além de suas funções exclusivas, a Atenção Primária possui alguns aspectos derivativos como a centralização na família, a diversidade cultural e a orientação para a comunidade.

A autora alerta que apesar das inter-relações com os outros níveis do sistema, funções e ações são conceitualmente distintas. Apenas quando são colocadas em prática é que o potencial para a sobreposição se torna evidente. Ou seja, há uma desigualdade entre a dimensão conceitual e a dimensão técnica. Entenderei aqui as funções e ações como dimensões diferentes de um mesmo processo – atenção à saúde – o qual no momento de sua operacionalização, há registros recorrentes de sobreposições.

Além das funções e das ações, Starfield (2002, p. 60) também apresenta o que ela considera como os quatro elementos estruturais relevantes à Atenção Primária que são desdobramentos de suas funções.

- 1) **Acessibilidade**⁴⁶: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos.
- 2) **Variedade de serviços**: é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a mesma acredita que estejam disponíveis.
- 3) **Definição da população eletiva**: inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.
- 4) **Continuidade**: consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

Em relação a esses elementos, a OPAS (2005) ressalta que sua aplicabilidade, na prática, requer uma infra-estrutura adequada que implica na ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, estruturais e de gênero ao cuidado. Além de permitir um ponto de entrada no sistema mais perto de onde as pessoas moram, trabalham ou estudam, construindo laços mais profundos com a comunidade e o restante dos setores sociais. É necessária também uma atenção abrangente e integrada, o que significa que a variedade dos serviços disponíveis deve ser suficiente para atender às necessidades da população, incluindo o

⁴⁶ Na Declaração de Alma-Ata, a acessibilidade está assim delimitada: supõe o fornecimento contínuo e organizado de assistência para toda a comunidade, em condições favoráveis sob o ponto de vista geográfico, financeiro, cultural e funcional. A assistência precisa ser apropriada e suficiente, tanto no conteúdo como na quantidade, para responder às necessidades fundamentais de saúde da população e deve ser prestada mediante procedimentos que a população aceite. Por **acessibilidade geográfica** se entende que a distância e o tempo necessário para percorrê-la e os meios de transporte para tal sejam aceitáveis para a população. **Acessibilidade financeira** significa que, qualquer que seja a forma de pagamento utilizada, os serviços precisam estar dentro das possibilidades econômicas da comunidade e do país. Por **acessibilidade cultural** se entende que os métodos técnicos e administrativos utilizados estejam em consonância com os aportes culturais da comunidade. Por **acessibilidade funcional** se entende a prestação permanente de assistência adequada a quem dela necessite e em qualquer momento que dela necessitem, por meio da equipe sanitária apropriada para esse fim (OMS, 1978).

fornecimento de cuidados curativos, preventivos, paliativos, de promoção, de diagnóstico precoce e de reabilitação. Envolve ainda a referência e contra-referência para todos os níveis do sistema de saúde e, algumas vezes, a outros serviços sociais. Esses elementos servem como balizadores para avaliar se as pessoas, através da APS, conseguem obter os serviços necessários à sua saúde, se esses são aceitáveis à população e se consideram suas necessidades de saúde, preferências, culturas e valores locais (OPAS, 2005). Entretanto, esses são aspectos contraditórios ainda não operacionalizados no âmbito da prática em saúde no Brasil.

Em contrapartida, a interpretação da APS seletiva correspondendo a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade permanece atual, sendo esta originalmente considerada uma **estratégia provisória**, que acabou se tornando um modo dominante de APS em muitos países, constituído por programas verticais para ‘subpopulações’ ou específicos por doença, com um enfoque predominantemente sobre crianças e mulheres (OPAS, 2005). No Brasil, as ações estratégicas mínimas a serem desenvolvidas no âmbito da APS incluem: o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão e do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, de saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2006a).

Por um lado, a APS seletiva é vista como uma reação à idéia de que a APS havia se tornado ampla e vaga demais, com impactos e êxitos difíceis de quantificar. Por outro, permitiu direcionar recursos limitados a populações específicas. Não que ela deva abordar todos os determinantes do processo saúde-doença, mas essa é uma interpretação freqüentemente incapaz de combater as causas fundamentais da saúde precária (OPAS, 2005), pois visa

[...] cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576).

A interpretação de APS seletiva passou a prevalecer a partir de 1979, dando início aos embates entre a concepção integral e abrangente e a concepção restrita, afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata. A APS seletiva foi difundida na América Latina por intermédio da Fundação Rockefeller, com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o BM e a Fundação

Ford, destinada apenas a controlar algumas doenças através de programas de extensão da cobertura (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Nesse sentido, quatro intervenções foram introduzidas, com especial suporte do UNICEF: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (growth monitoring), reidratação oral (oral rehydration), aleitamento materno (breast feeding) e imunização (immunization). Conhecidas como GOBI, por suas iniciais em inglês, eram consideradas como tendo objetivos claros, fáceis para avaliação e mensuração do alcance de metas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Depois vieram as chamadas FFF, também por suas iniciais em inglês: suplementação alimentar (food supplementation), planejamento familiar (family planning) e alfabetização feminina (female literacy), considerada como a base de diversas ações em saúde, estando fortemente associadas à redução da mortalidade infantil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Apesar de sua efetividade, a APS seletiva é uma interpretação tecnocrática, orientada por critérios estritamente técnicos de custo-efetividade onde as questões políticas determinantes não são consideradas, bem como é desconsiderada também a exigência de mudanças sócio-econômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde das populações, como por exemplo, o saneamento, o abastecimento de água e esgoto, fundamentais à promoção da saúde e prevenção de doenças (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Contrária à interpretação seletiva, em sua concepção integral, a APS é uma

[...] estratégia flexível, caracterizada através de um **primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde**, que garante uma **atenção integral** e oportuna e sistemática em um **processo contínuo**; sustentada por **recursos humanos cientificamente qualificados** e capacitados; a um **custo adequado e sustentável**, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em **coordenação com a comunidade** e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar, reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de **produção social de saúde** – mediante um **pacto social** – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição

econômica, sociocultural, de raça ou sexo (LAGO; CRUZ apud ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 786-787⁴⁷).

Para diferenciá-la dos vários modelos que se utilizam da mesma denominação, sem possuir os requisitos mínimos que a caracterizam, Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 788) se utilizam de uma citação secundária⁴⁸ que sinaliza que a APS

- a) **não se reduz a utilização de pessoas da comunidade** que se capacitam para prestar uma atenção elementar, de forma remunerada ou não;
- b) **não é um nível de atenção sem importância** dentro de um sistema de serviços de saúde e nem se reduz ao que poderia considerar-se como o nível menos efetivo;
- c) **não é uma forma rudimentar de atenção**, que se sustenta apenas em tecnologias que não incorporam os progressos da ciência e da técnica, e que está dirigida ao cuidado elementar de pessoas desfavorecidas economicamente;
- d) **não é um nível de atenção independente**, sem inter-relação com os outros serviços de saúde;
- e) **não é unicamente responsabilidade do setor saúde**, nem pode ele por si só resolver as múltiplas causas dos problemas sanitários que afetam a coletividade, as famílias e os indivíduos;
- f) **não é a simples soma dos conteúdos e habilidades provenientes das diferentes especialidades médicas**, utilizadas para a prestação de serviços aos pacientes no primeiro nível de atenção;
- g) **não se restringe a um programa específico** ou à prestação de serviços por meio de pacotes básicos;
- h) **não está restrita à atenção fornecida pelos médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde**.

Ao definir o que não é a APS, os autores enfatizam exatamente aquilo que pode se constituir em barreiras para a sua implantação. Ou seja, uma visão fragmentada de saúde, com a segmentação e divisão dos usuários, a falta de comprometimento político, a falta de sustentabilidade financeira, a pouca continuidade das políticas de saúde e os recursos humanos pouco preparados para lidar com as necessidades da

⁴⁷ Tomei a liberdade de utilizar uma citação secundária, devido à dificuldade em localizar a fonte original de Lago, E. R. L. e Cruz, R. B. Atención primaria de salud y medicina general integral. In: R. A. Sintés. Temas de medicina general integral, vol. I, Salud e medicina. Havana: Editorial Ciencias Médicas, 2001.

⁴⁸ Dessa vez precisei utilizar uma citação terciária, visto que os autores alertam que trata-se de uma citação feita por Lago e Cruz (2001), como não detenho a obra original desses autores (ver nota 46), não posso afirmar qual a fonte original da mesma. Mesmo assim, diante da importância da mesma, ela foi feita.

população. Contribuem assim, para desconstruir as diversas interpretações de APS e alcançar um conceito que oriente sua utilização no campo das políticas de saúde brasileira.

Considerando as interpretações acima, é possível identificar uma semelhança entre elas: a adoção fragmentada de aspectos – errôneos ou não – do que é APS descolada de uma reflexão sobre a conformação da política de saúde em uma perspectiva de um Estado Mínimo que aponta para a redução de conquistas sociais, para a privatização do setor e para o fim da universalidade, cujas conseqüências são a precariedade e a descontinuidade nas políticas de saúde. Tal fato necessita ser analisado criticamente, do contrário a proposta da contra-reforma do Estado pode se tornar hegemônica na área da saúde e a APS continuar sendo concebida como APS seletiva, numa interpretação restrita (RIZZOTTO, 2000), correspondendo a “programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade para cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza” (GIOVANELLA, 2006, p. 952). No caso do Brasil, como dizia Santos (2008, p. 2012) um “SUS pobre para os pobres e complementar para os afiliados aos planos privados.”

Essas interpretações de APS podem ter gerado entendimentos incompletos ou francamente errôneos a respeito de seu conceito, outras, todavia, buscam a ampliação desse olhar (AGUIAR, 2003). Por isso, compreendê-la no cenário das políticas de saúde no Brasil adotadas desde a década de 1970 é uma necessidade.

Parto aqui do pressuposto que para analisar a APS no Brasil é preciso considerar as particularidades que essa assume em cada país e em cada momento histórico e social. Assim, considerar-se-á nessa análise a sua contextualidade, ou seja, o sistema de saúde onde está inserida. Dessa forma, ela tem tanto um significado concreto, outorgado por sua inserção em determinado sistema, quanto abstrato, correspondendo à sua definição ideológica (TESTA, 1992), percebida nos documentos da OMS, da OPAS e do MS. Em suma, a APS vem progressivamente se tornando um complexo assistencial que envolve difíceis definições de tecnologia apropriada. Há que se considerar ainda que as variações de interpretação podem se explicar, em parte, pela história de como se originou e de como evoluiu seu conceito.

5 AS INTERPRETAÇÕES DA APS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRA

“Tudo que se passa no onde vivemos é em nós que se passa. Tudo que cessa no que vemos é em nós que cessa” (Fernando Pessoa).

Em função do objeto de estudo – as dimensões ideo-políticas que formatam os discursos do MS sobre a APS e AB –, as políticas de saúde no Brasil foram analisadas em paralelo à emergência da APS no cenário internacional, ou seja, a partir da década de 1970, visando compreender como se inscreveu aqui o debate em torno da APS e quais as interpretações utilizadas.

No Brasil, três distintas concepções sobre APS têm fundamentado as práticas de saúde no Brasil e de certo modo, na América Latina: a) APS como nível de atenção (**primeiro nível ou primeira linha**); b) **APS como programa de medicina simplificada** ou **‘atenção primitiva de saúde’**, e; c) **APS como estratégia da política de SPT-2000** (PAIM, 1999). É o que demonstra a análise conceitual acerca da APS, presente nos documentos oficiais do MS, no período de 1993 a 2007.

5.1 DÉCADA DE 1970: CRISE DO MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA E A EMERGÊNCIA DA APS

Oliveira (2007) distingue, grosso modo, dois grandes períodos que podem ser recortados em torno da temática da política de saúde no Brasil pós-1964/70: aquele que se estende de meados dos anos 1960 a meados dos anos 1970, período considerado o mais fechado do regime militar, quando foi estabelecido um determinado modelo de organização do sistema de atenção à saúde, pautado no privilégio dos interesses econômico-corporativos do empresariado privado. O

segundo período que se iniciou em meados dos anos 1970 e que demarcou um período de crise político-financeira do modelo assistencial iniciado nos anos anteriores, quando da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) ainda na década de 1960, que visava intermediar as disparidades normativas entre as formas de seguro social dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Apesar da LOPS ter viabilizado a unificação da Previdência Social, manteve o antigo perfil organizacional pautado na centralidade, no burocratismo e na ineficiência (COHN, 2003).

Considerando-se essas tendências/períodos, a análise iniciou-se, a partir do modelo médico assistencial privatista (e sua crise), que marcou as décadas de 1960 e 1970⁴⁹. A relação desse período com a APS é que se iniciava (modestamente) uma crítica às posturas tradicionais, médico-centradas, excessivamente custosas, o que refletiu no desencadeamento de um processo de mudança, que foi aprofundado nos anos 1980.

Nesse período, a saúde pública foi negligenciada e suas ações limitadas em prol do beneficiamento da rede de prestação de serviços de assistência médica individual, o que era interessante à acumulação do capital, ao processo de reprodução e à manutenção da força de trabalho. Logo, regulava o funcionamento da produção, privilegiando o mercado financeiro. Naquele momento, não interessava ao capital a intervenção do Estado nas condições de vida do trabalhador e o contexto político repressivo continha as possibilidades e força de mobilização da classe trabalhadora (CAMPOS, 1991).

Mendes (1999) faz uma comparação entre as ações de saúde pública⁵⁰ e as ações de atenção médica no interior da política de saúde no período militar no Brasil.

Assim é que, sob os eufemismos de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas, o que consagrava a separação das ações de 'saúde pública' das ações de 'atenção médica', reservaram-se as primeiras (não rentáveis) para o setor estatal e as segundas (rentáveis) para o setor privado, intermediado pela Previdência Social, estabelecendo-se um verdadeiro Tratado de Tordesilhas no campo da saúde (MENDES, 1999, p.25).

⁴⁹ Para conhecer mais detalhadamente a trajetória histórico-social dos saberes e das práticas em saúde ler Conill (2003).

⁵⁰ Segundo Carvalho e Buss (2008, p. 158) "o próprio termo 'saúde pública' expressa seu caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população."

Foi cristalizada a constituição de um setor privado da saúde que passou a ter seu mercado garantido pelo Estado, transformado no maior comprador dos serviços de saúde privados credenciados, prestados às classes trabalhadoras assalariadas por meio da política de seguro social (COHN, 2003).

Como já na primeira metade da década de 1970 iniciaram-se as reflexões em torno da onerosa modalidade previdenciária, a APS começou a ser discutida no cenário das políticas de saúde brasileira enquanto alternativa de expansão mais eficaz e de menor custo. A partir daí, várias discussões e iniciativas da APS surgiram no país, precedendo a Conferência Internacional de Alma-Ata em alguns anos.

Paralelamente, esse período também foi marcado pelo esgotamento do regime militar e a crise daí deflagrada “reacende a tensão existente entre o exercício dos direitos sociais e as novas necessidades do mercado” (MOTA, 2005, p. 95). É nesse contexto que ocorre um crescente descontentamento da sociedade civil, que não tardou em reagir, fortalecendo o pleito pela democracia no país (MOTA, 2005).

Mendes (2002) afirma que o Brasil vivenciou na década de 1970 o primeiro e o segundo ciclos da APS. O primeiro confluiu para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e o segundo marcou sua expansão sob a forma de um amplo programa de medicina simplificada – a Medicina Comunitária.

Apesar do caráter predominantemente conservador dessas iniciativas, estas possibilitaram a expansão dos serviços, mas não ocorreram mudanças significativas no sistema de saúde. Outra iniciativa, a Medicina Familiar, “movimento de APS observado sob a ótica dos países centrais e cuja idéia foi importada sem que se concebesse um instrumental significativo para a sua inserção no sistema de saúde brasileiro” (AGUIAR, 2003, p. 83) também não conseguiu provocar mudanças no sistema, mas contribuiu para a politização do setor e a reflexão sobre a necessidade de um novo sistema de saúde (AGUIAR, 2003).

O que culminou na 7ª CNS, em 1979, um ano após a Conferência Internacional de Alma-Ata, momento privilegiado para a discussão de suas propostas e, conseqüentemente, das proposições da meta SPT-2000. Como o empenho do governo dirigiu-se no sentido de integrar os Ministérios da Saúde e da Previdência

Social, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), carro-chefe da Conferência, foi vinculado à proposta da APS (PAIM, 1999).

No discurso de Halfdan T. Mahler, à época, diretor-geral da OMS, este afirmava que o tema central da respectiva Conferência correspondia plenamente aos objetivos e meios que os países do mundo acordaram por consenso em Alma-Ata. Entretanto, ele, há quase trinta anos, já alentava que a APS pode desvirtuar-se desde seus passos iniciais ou pode degenerar-se no caminho de seu desenvolvimento e progressiva expansão. Este é um perigo presente e de cuja existência há que se ter plena consciência, pois a tradução dos marcos conceituais e operativos que os países têm adotado para a APS, sua tradução em estratégias e em ações concretas pode não ser consistente e conseqüente (BRASIL, 1980). O alerta de 38 anos permanece atual.

Já no discurso do então presidente da república, o general João Figueiredo destacava-se as seguintes palavras: “a convocação desta Conferência tem, por isso, como finalidade principal, debater e coordenar as atividades dos vários setores e níveis de governo no que respeita às ações básicas de saúde” (BRASIL, 1980, p. 15). Há que se considerar, aqui dois aspectos: 1) o que o discurso queria enfatizar por **ações básicas de saúde**, que compreendem fundamentalmente ações realizadas através de uma infra-estrutura física – a rede básica de unidades de saúde, dela prescindindo em situações especiais; 2) **um núcleo essencial de atividades mínimas, que deve ter presença assegurada em todos os casos**⁵¹.

Para Mendes (1999) o que ocorreu foi a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais, gerando assim, uma coincidência entre a proposta internacional da APS, acordada em Alma-Ata, mas de forma reducionista.

⁵¹ Os serviços básicos de saúde compreendem a atenção à saúde da mulher e da criança, o controle das doenças transmissíveis, o saneamento ambiental, a manutenção de sistemas de informação, a educação em saúde, a enfermagem em saúde pública, a assistência médica de baixo grau de complexidade e a participação social (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Na compreensão do MS entende-se por serviços básicos de saúde o conjunto integrado de serviços prestados às pessoas e às comunidades e para melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica de suas conseqüências (BRASIL, 1980).

A despeito de seu potencial para efetivar a implementação oficial de uma política de APS no país, o programa provocou uma divisão profunda entre os seus idealizadores e alguns setores vinculados à saúde, como a Federação Brasileira de Hospitais. O embate em torno do tema enfraqueceu e inviabilizou o PREV-SAÚDE ao originar o surgimento de diferentes versões do programa como tentativas de acomodação das forças antagônicas em ação (AGUIAR, 2003, p. 86).

Segundo Oliveira (2007), o que prevaleceu foi a lógica do privilegiamento de interesses econômico-corporativos do empresariado privado que atuava no setor saúde e suas articulações no interior da burocracia governamental e das 'máquinas políticas' aí influentes e pelos limites de um projeto de legitimação governamental.

Contraditoriamente, o MS, afirmava o seguinte: a saúde não é simplesmente uma condição desejável em si mesma, mas um requisito indispensável para o desenvolvimento econômico-social. E ao setor saúde, como parte do setor social, cabe o cumprimento de funções transcendentais, que contribuem para elevar o nível de vida e aumentar as oportunidades econômicas para toda a população, preconizando-se modelos de atendimento que respondam a uma realidade social, econômica, cultural e ecológica. Diante disso, o MS entendia que o conceito de APS era a resposta mais promissora até aquele momento apresentada (BRASIL, 1980).

Entretanto, o MS vivenciava um contexto controverso e de fragilidade, pois não concentrava nenhum poder político, tendo em vista o embate com a previdência social e os ditames do mercado financeiro. Havia uma incapacidade do mesmo em regulamentar e operacionalizar as políticas de saúde, dominadas pelo pensamento técnico do período. Assim, mantinha-se afastado dos principais determinantes do processo saúde-doença e conseqüentemente, isso o impedia de atuar sobre os principais problemas de saúde da população, o que gerava a impotência dos programas e das instituições de saúde pública e o caráter restrito das políticas de saúde, devido à sua posição marginal, subsumida pelo viés medicalizante do modelo previdenciário. Sua proposta sanitária era caracterizada pelo descompromisso, pela omissão frente aos principais problemas de saúde e com a tendência dominante do processo de desenvolvimento capitalista brasileiro de manter a saúde pública afastada das relações entre capital e trabalho (CAMPOS, 1991).

A fragilidade do MS e o engavetamento do PREV-SAÚDE, fizeram com que as metas da APS fossem esquecidas, sendo que apenas seu corpo doutrinário seguiu

inspirando os discursos no interior de políticas de saúde fragmentadas, com destaque para a descentralização e a participação comunitária, onde a APS era enfatizada somente através de alguns programas especiais do MS (PAIM, 1999).

Esse cenário marcou as propostas de APS que começaram a ser desenvolvidas no Brasil, cujas características e concepções pautavam-se em uma

[...] **concepção estreita de um programa**, executada com **recursos marginais**, dirigidos a **populações marginalizadas** de **regiões marginalizadas** através da **oferta de tecnologias simples e baratas**, providas **por pessoal de baixa qualificação** profissional, **sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade**, incluindo **a retórica da participação comunitária** (MENDES, 1999, p. 26, grifos da autora).

Apesar disso, Paim (1999) acredita que a condução da política de saúde brasileira afinava-se com as propostas de APS difundidas em Alma-Ata, o que indicava que os caminhos percorridos pelo Brasil para a extensão da cobertura com ênfase na APS eram considerados válidos pela OMS. Tanto que, segundo ele, o governo brasileiro ratificou a Declaração de Alma-Ata durante a Assembléia Mundial da Saúde realizada em 1979 e assumiu compromissos para alcançar a meta SPT-2000. O autor, porém, ressalta que o conteúdo ideológico da Declaração tentou homogeneizar diferentes regimes políticos e modos de produção econômica através de uma suposta neutralidade da saúde, o que pode ter ocasionado as diversas dificuldades operacionais e as diferentes interpretações do conceito de APS no Brasil.

Isso não significou uma negação da proposta da APS, mas que esta deveria ser compreendida em uma perspectiva ampla, abrangendo a apropriação, recombinação, reorganização e reorientação de todos os recursos disponíveis para satisfação das necessidades de saúde da população, entendimento posteriormente apropriado pelo Movimento Sanitário Brasileiro. A partir daí foram abertos espaços políticos e institucionais para que o movimento contra-hegemônico da saúde se desenvolvesse e se conformasse na década de 1980 como a Reforma Sanitária Brasileira (MENDES, 1999). Cabe lembrar que nessa década, o país vivenciou um processo de êxodo rural, taxas elevadas de desemprego e a organização de movimentos sociais em defesa do direito à saúde e democracia.

Buscava-se um modelo assistencial que realmente inserisse os princípios da APS no bojo do sistema de saúde, o que aconteceu a partir do processo de democratização da saúde e da sociedade brasileira, quando os caminhos da APS no Brasil foram fundamentados (AGUIAR, 2003).

Paralelamente, permanecia a crise decorrente da contradição entre seguridade e seguro sociais, convivendo duas tendências: uma buscando a estruturação daquela e outra pela manutenção da perspectiva contributiva, consagrando a dicotomia entre as práticas destinadas ao atendimento médico individual e a saúde pública (BRAVO, 2006).

Historicamente, vivenciava-se a transição política, que ocorria lenta e gradualmente, não limitada apenas à esfera político-institucional, compreendendo, sobretudo, mudanças nas relações entre poder político, estrutura social e economia (SALLUM JÚNIOR, 1995). Foi nesse contexto de crise político-institucional e do sistema de prestação de serviços sociais, tanto financeiramente quanto na incapacidade de universalização da atenção à saúde da população, atrelada às práticas clientelísticas de utilização da coisa pública em benefício de interesses privados (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006) que emergiu o Movimento Sanitário Brasileiro, em oposição aos interesses de grandes empresas privadas e multinacionais na área da saúde, culminando na proposta da Reforma Sanitária Brasileira⁵², visando à reformulação do setor saúde. O Movimento influenciou fundamentalmente o setor acadêmico e desempenhou um importante papel em organismos internacionais, como a OPAS (GERSCHMAN, 2004).

O Movimento Sanitário Brasileiro foi responsável por trazer para o país a tradição dos Sistemas Nacionais de Saúde, além de difundirem a necessidade de superação da visão reducionista do processo saúde-doença (CAMPOS, 2006). Político-ideologicamente, o Movimento buscou a construção de uma rede organizadora e canalizadora das diferentes manifestações de oposição à política de saúde, com o intuito de criar mecanismos capazes de difundir uma nova consciência sanitária no

⁵² Para Fleury (1997), a Reforma Sanitária é ao mesmo tempo uma proposta que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8ª CNS. É também um projeto (consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas). É ainda um processo pois a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas, mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto uma prática social, tornando-se História.

país. Estrategicamente, o Movimento buscou politizar a discussão da saúde, mesmo sem contar com o apoio massivo dos usuários do sistema de saúde. Paralelamente, organizou um bloco de forças oposicionistas que, progressivamente, ocupava os espaços políticos que se tornavam disponíveis (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006).

De acordo com Paim (1999a), a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira foi sustentada por uma base conceitual e uma produção teórico-crítica^{53,54} no campo da saúde, especialmente publicada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976⁵⁵. Tal produção contemplou, a partir de enfoques diferentes, os aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais da Reforma Sanitária (PAIM, 1999a). Dentre essa produção destaca-se a tese de doutoramento de Arouca (1975) que defende que no campo da saúde deveria ocorrer: uma mudança da prática da medicina curativa para a APS; ou seja, transformação da consciência; a construção de uma prática técnica como razão instrumental e imposição teleológica (o que configura novas práticas, novos saberes) e uma prática política como transformação das relações sociais produzidas por meio de instrumentos políticos (ou seja, mudanças no próprio aparato estatal e transformação nas relações sociais).

Com esse pano de fundo, não dá para negar que a APS no Brasil foi inicialmente traçada de maneira a reduzir o gasto social com a saúde, mesmo que isso acarretasse ineficiências no funcionamento do sistema como um todo, onde os serviços eram diferenciados para distintos grupos sociais, de maneira que a

⁵³ O debate suscitado a partir das publicações foi importante para o questionamento da concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual e das diversas relações existentes entre a estrutura social e a maneira como os serviços de saúde são organizados, possibilitando o questionamento ao paradigma biomédico vigente, buscando-se paradigmas alternativos para as políticas públicas de saúde (PAIM, 1999a).

⁵⁴ Em 1979 surgiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), “que progressivamente passará a ocupar um espaço de organização da prática acadêmica em torno da crítica do modelo assistencial e das propostas de sua reorganização e construção do SUS” (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006, p. 216). Para Escorel, Nascimento e Edler (2005), a ABRASCO promoveu o diálogo com os gestores da saúde, sem estar atrelada a eles, buscando sempre expressar o pensamento da saúde pública.

⁵⁵ Rodriguez Neto (1997) afirma que o CEBES foi o primeiro protagonista institucionalizado do chamado Movimento Sanitário Brasileiro, que, dentre suas características, destacava-se na luta pela saúde inserida no movimento mais global de democratização da sociedade brasileira. A Revista Saúde em Debate foi outra via de atuação do Movimento.

discussão não se realizava em torno da questão dos serviços para toda a população, mas apenas para aquela que se acha em situação de **maior vulnerabilidade**⁵⁶, o que dificultou a instalação de uma APS que servisse às necessidades de toda população. Esta se transforma em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria, para uma população também considerada de segunda categoria, se tornando o único serviço disponível para a população a qual se destina, não assegurando a integralidade da atenção (TESTA, 1992).

5.2 DÉCADA DE 1980: O PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO E A CRIAÇÃO DO SUS

Nessa década, a discussão da temática saúde passou a permear toda a sociedade civil, com debates que privilegiavam a saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde (SUDS), que preconizava um olhar de maneira diferente para a saúde individual e coletiva, novas bases para o financiamento do setor e a democratização do poder

⁵⁶ Segundo Carneiro (2005, p. 67) o primeiro nível da condição de vulnerabilidade refere-se, em sociedades monetarizadas, à pobreza entendida como insuficiência de renda, o que constitui um fator de extrema vulnerabilidade em um contexto de economia de mercado, estando esta condição diretamente ligada à qualidade da inserção dos indivíduos no mundo do trabalho. Isso se torna ainda mais grave quando a provisão de serviços públicos é deficiente e os pobres não podem contar com uma rede pública de proteção social, com acesso a serviços básicos capazes de viabilizar patamares mínimos de qualidade de vida. Situações de baixa renda somam-se, perversamente, a necessidades básicas insatisfeitas: condições precárias de saúde e nutrição, situações de baixa escolarização, moradias inadequadas, precárias e ilegais, localizadas em lugares insalubres, estigmatizados. Além dessas dimensões, temos freqüentemente vinculado a elas um conjunto de situações familiares que envolvem violação de direitos, como trabalho infantil, violência doméstica e abuso sexual, entre outras. A vulnerabilidade das famílias apresenta gradações, onde se mesclam, freqüentemente, dimensões objetivas e subjetivas, tanto materiais quanto relativas a valores e comportamentos. Para Carvalho e Buss (2008, p. 160), o entendimento sobre a pobreza também tem mudado. Entende-se que a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza é também a falta de voz ante as instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade diante de imprevistos. Nesta situação, a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída.

local através de mecanismos de gestão como os Conselhos de Saúde (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Para Pereira (2007), do ponto de vista formal-institucional, o Brasil foi atravessado por avanços políticos e sociais significativos. Apesar de ser chamada de “década perdida” paralelamente foi a “década da redemocratização”. Concomitante a isso, de forma sutil, como salienta Mendes (1999), o projeto neoliberal foi se consolidando também nessa década.

O cenário dos problemas de saúde, por sua vez, foi demarcado por três questões primordiais: o crescimento das taxas de mortalidade por violência, o aparecimento da epidemia de AIDS e o envelhecimento da população (MINAYO, 1999).

No início dessa década, a APS assumiu um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde (MENDES, 1999). Experiências como o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com a função de racionalizar despesas e controlar gastos tentou adotar uma posição mais crítica ao sistema de saúde previdenciário (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O principal desdobramento dessa estratégia foi a implantação do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscava a reorganização institucional da assistência a saúde e teve um papel fundamental na consolidação dos caminhos da APS no Brasil. Seus princípios eram a universalidade no atendimento; a integralidade e a equidade da atenção, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a descentralização das ações e do poder decisório, a democratização através da participação da sociedade civil e do controle social pelos usuários, o planejamento e o controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo os setores filantrópicos e privados (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Segundo Mendes (1999), a implantação das AIS significou alguns avanços na área da saúde como o “fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na

gestão dos serviços” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 76). Os avanços, por sua vez, também vieram acompanhados de retrocessos, como a prática por parte do INAMPS de adotar uma política de favorecimento à iniciativa privada, principalmente através das alianças firmadas com a área hospitalar privada (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Para Bravo (2006), as AIS pautaram-se na potencialização e priorização dos serviços de APS e conforme Mendes (2002), propiciaram um terceiro ciclo da expansão da rede de APS no Brasil.

Em 1986⁵⁷, no governo Sarney, ocorreu a 8ª CNS, evento-chave que marcou a concepção de um novo sistema, que enfatizava que as modificações necessárias ao setor saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação mais profunda e uma ampliação do próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, com revisão da legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1987). Uma concepção ampliada de saúde e dos determinantes sócio-econômicos e culturais no processo de adoecimento, o que é condição essencial para o exercício da APS (AGUIAR, 2003).

Mendes (1999) considera a 8ª CNS o evento político-sanitário mais importante da década para o qual confluíram todo o movimento encetado desde o início dos anos 1970 (o Movimento Sanitário Brasileiro e a conseqüente Reforma Sanitária), que influenciou de forma determinante em dois processos iniciados em 1987: a implantação do SUDS (que reconhecia a necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde - SNS e serviu como estratégia-ponte para a construção do SUS) e a elaboração da nova Constituição Federal no Congresso Nacional, consagrada em 1988. O pilar fundamental da proposta da Reforma Sanitária e do SUS foi constituído a partir do Relatório Final dessa Conferência, aperfeiçoado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que elaborou o texto que foi incorporado à dita Constituição, como o Capítulo da Saúde⁵⁸ (SCOREL; BLOCH, 2005).

⁵⁷ O ano de 1986 foi marcado ainda por várias Conferências Nacionais, que orientadas pelo relatório final da 8ª CNS, debateram temas específicos: Saúde do consumidor, Saúde Bucal, Saúde e Direitos da Mulher, Recursos Humanos para a Saúde, Saúde Indígena, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental, esta em 1987 (SCOREL; BLOCH, 2005).

⁵⁸ Nesse processo houve embates entre a resistência conservadora contra a tramitação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) e a frente política defensora do ideário republicano dos direitos sociais e o papel do Estado (SANTOS, 2008).

A Constituição Federal de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo e novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao SUS⁵⁹ (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001, p. 40).

A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado e como parte da Seguridade Social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação comunitária (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Em contrapartida, a liberdade da iniciativa privada foi consagrada, ao entender o SUS como

[...] arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte a efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. **Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema,** de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência a saúde) e subsistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais – para atender de maneira funcional às demandas por atenção a saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531, grifos nossos).

É provável que o Brasil seja um dos poucos países a ter incorporado de modo tão claro as propostas da OMS ao texto constitucional, ao utilizar princípios da APS como universalidade, integralidade, equidade e descentralização. Se o país está bastante avançado no discurso, o mesmo não pode ser dito em relação à prática (DUCHIADE, 1999).

Para Mendes (2002), o SUS representa o quarto ciclo da APS no Brasil, com mudanças de foco: ela não podia ser somente um processo de APS seletiva e não

⁵⁹ Para sua regulamentação e efetiva implantação são necessários outros atos legislativos, como as LOS (Leis 8.080 e 8.142). Devido a diversas disputas políticas, estas só foram concluídas em 1990. A operacionalização do SUS também se orienta pelas resoluções dos Conselhos de Saúde, no âmbito federal, estadual e municipal e através das NOBs e NOAS editadas pelo MS, mas que obedecem aos acordos estabelecidos na negociação tripartite (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

podia ser compreendida como apenas um nível de atenção dentro do sistema de saúde. Esse ciclo foi marcado pela criação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios, atendendo aos princípios de descentralização e municipalização⁶⁰.

O SUS foi aqui compreendido como

[...] o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 107). [...] conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para a democratização e o compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 435).

Apesar do SUS ser um projeto político e técnico visando à organização da atenção à saúde no país, percebe-se que o rumo da política de saúde ainda é perpassada por incertezas, problemas e dificuldades para sua implementação, sofrendo retrocessos a partir de sua regulação. “O maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 558).

Existe ainda a insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros, a inadequação, deterioração e degradação dos espaços físicos, faltam equipamentos e tecnologias necessárias a uma atenção de maior complexidade, além da profunda crise que vem atravessando as unidades básicas e os hospitais públicos. Em consequência, convive-se com uma demanda reprimida, com o atendimento de péssima qualidade e de baixa resolutividade, com a precarização das relações de trabalho e outros fatores que comprometem seus princípios (SILVA; LIMA, 2005).

Segundo Bydlowsky, Westphal e Pereira (2004), o SUS não tem conseguido desenvolver ações que levem em conta fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que interferem nas condições de vida e saúde da população

⁶⁰ Em 2008 existiam no Brasil 63.650 Unidades Ambulatoriais, que realizavam em média 153 milhões de procedimentos/ano (BRASIL, 2009).

brasileira, apesar de ser baseado na concepção ampla de saúde e nos preceitos da APS abrangente, defendida em Alma-Ata.

Para Paim (1999), apesar dos fatores complicadores para a efetivação do SUS, é a partir daí que o país lança um novo olhar sobre a APS, que possibilita analisar pelo menos duas possibilidades: 1) a APS como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de saúde mediante a implantação de DS⁶¹; e, 2) a APS como concepção e teste de modelos assistenciais alternativos congruentes com o perfil epidemiológico da população.

Esse novo olhar requer que seja feita uma revisão crítica das concepções e das experiências que foram anteriormente realizadas, bem como requer uma sintonia com a complexidade da situação de saúde brasileira. Não é só olhar clinicamente, é olhar epidemiologicamente e socialmente, não ignorando que a problemática da saúde envolve valores e aspectos culturais, sem tampouco ignorar as possibilidades políticas de mudança (PAIM, 1999), pois apesar dos

[...] avanços do SUS, este têm sobrevivido ao modelo de gestão ainda caracterizado por: [...] priorização da estratégia dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de equipes de saúde da família focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa capacidade de porta de entrada no sistema e sem condições de efetuar ações estruturantes no sistema (SANTOS, 2008, p. 2010-11).

Por isso, a necessidade de se buscar um conceito efetivo de APS, que leve a pensar em mudanças estruturais que busquem integrá-la aos demais serviços de saúde, convertendo-a em base para as ações de atenção à saúde e para o acesso a todo o sistema de saúde (AGUIAR, 2003).

A concepção original do SUS encaminhava nessa direção, quando, a partir do início dos anos 1980, o país passou por mudanças políticas e econômicas, que determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por outro modelo de atenção à saúde. Uma discussão da política de saúde brasileira nessa década demonstra que esta se inicia com um movimento

⁶¹ Os DS buscavam redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do DS e se constitui em um processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS, o que significa considerá-lo nas suas dimensões política, ideológica e técnica (MENDES, 1999).

cada vez mais fortalecido de contestação ao sistema de saúde governamental. Ao modelo oficial de atenção à saúde surgem propostas alternativas cujas características têm apelo à democratização do sistema, a participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Contraditoriamente, Conill (2003) demonstra que o discurso que envolve a APS nos anos 1980 mudará e adquirirá uma conotação neoliberal, com uma tendência à criação de mercados na assistência e uma ação supletiva e focalizadora do Estado. Afirma ainda que o grau de segmentação de nosso sistema de saúde condiciona a implementação da APS no país, que foi incorporada apenas no setor público, através de programas seletivos, onde a cobertura é segmentada e com grandes desigualdades no acesso. Não houve uma problematização sobre o adequado funcionamento da porta de entrada ao sistema de saúde, com garantia de referência e contra-referência, a qualidade do serviço prestado, a efetiva participação da comunidade, a tecnologia adotada (processo de trabalho), a própria organização do sistema, como recomenda Testa (1992), principalmente dada uma série de controvérsias que assumem e que necessitam ser sistematizados a partir de uma conceitualização totalizante, ou seja, suas relações com a sociedade global, prevalecendo uma interpretação reducionista da APS que adentra os anos 1990.

Enquanto no plano do discurso permanece a defesa do SUS como um sistema amplo, na prática estão sendo realizadas profundas mudanças no campo institucional, jurídico e político, que contribuem sobremaneira para que sua proposta original seja descaracterizada. Tal tendência é observada em ações do governo dirigidas para a área da atenção e gestão dos serviços de saúde, onde se incluem o PACS e a ESF, projetos financiados por organismos internacionais e submetidos às condicionalidades expressas em seus contratos de empréstimos (RIZZOTTO, 2000), como se verá a seguir.

5.3 DÉCADA DE 1990: O SURGIMENTO DO PSF/ESF E DA AB E A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

Os anos 1990 foram marcados pela pouca capacidade de ação para a redução das desigualdades, como a persistência de endemias (malária, hanseníase, tuberculose), a permanência de taxas de mortalidade materno-infantil, a desnutrição infantil e de doenças infecciosas, a emergência de doenças crônico-degenerativas, o aumento de mortes por violência, o envelhecimento da população, a desigualdade regional na oferta de serviços e a baixa cobertura populacional (BRASIL, 2002).

Há que se analisar ainda que na década de 1990 repercutiu mais fortemente no país a onda conservadora de reformas ocorridas em outros países, marcadas pela ideologia neoliberal. Nesse contexto, o país iniciou suas políticas de ajustes, consubstanciado por uma agenda elaborada por organismos internacionais de financiamento, que se expressaram por intermédio da adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase na: 1) estabilização da moeda; 2) privatização de empresas estatais; 3) adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro do funcionalismo público, incluindo a agenda da reforma da Previdência e a reforma do aparelho do Estado; 4) mudanças nas relações de trabalho, como o aumento do segmento informal e do desemprego estrutural e a fragilização do movimento sindical; e, 5) a desregulamentação dos mercados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Nesse cenário de reformas, em 1993, foi publicada a **NOB/SUS-01/93**, na gestão do presidente Itamar Franco, sob a justificativa de que esta auxiliaria e disciplinaria o processo de descentralização, cujo objetivo mais importante era a **reformulação do modelo assistencial** centrado na assistência médico-hospitalar individual para uma assistência integral universalizada, equânime e regionalizada. Tratava-se da responsabilização dos municípios ao definir as responsabilidades nas 03 esferas do governo e do estabelecimento dos mecanismos de financiamento, especialmente da assistência hospitalar e ambulatorial.

A reformulação aqui tem duplo sentido e direção: a) reformulação no sentido de **mudança** do modelo médico assistencial hegemônico (privatista) para um modelo

integral, universal e de base territorial. Para isso, eram necessárias várias mudanças no interior da Política Nacional de Saúde (PNS), inclusive a reversão da lógica de financiamento. Mas não ocorreu uma transformação das relações sociais produzidas por meio de instrumentos políticos, tampouco ocorreu a transformação de uma consciência dada em uma nova consciência, através de um processo reflexivo (AROUCA, 1975). O setor privado ainda concentra o complexo industrial da saúde (indústrias farmacêuticas, de vacinas, de equipamentos médicos, de insumos para diagnóstico e de hemoderivados, além de um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde, como hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico e tratamento) (GADELHA; MALDONADO, 2008); e, b) reformulação no sentido de mudanças pontuais que legitimasse e ampliasse os interesses do próprio modelo médico assistencial privatista.

Ao invés da mudança, esta NOB pode representar para a área da saúde o aprofundamento da adoção de políticas de cunho neoliberal, que, em última instância, preconizam uma refuncionalização do Estado, através da redução do seu tamanho e de suas funções. A privatização e a terceirização passam a ser priorizadas, sob o argumento de que estas são uma inovação dos instrumentos de condução da política social. Para isso, busca-se no âmbito do discurso, propalar uma maior abrangência e melhor qualidade para os serviços de saúde, o que é condizente com a investida do movimento em prol da contra-reforma do Estado. A consequência mais premente é a fragilização dos direitos sociais recém conquistados no final da década de 1980, o que contribui sobremaneira para o desmonte da incipiente construção de um Estado de Bem-Estar no país, apontando para uma nova agenda pública na área social, altamente prejudicial às classes subalternizadas.

Foi possível analisar como as mudanças na política de saúde iniciaram-se discretamente e lentamente demarcaram o início das alterações no desenho original do SUS, através de pequenos ajustes sucessivos e modificações graduais afinadas com as recomendações do BM para a área (RIZZOTTO, 2000). Coincidentemente, 1993 é o mesmo ano em que o Banco divulgou o relatório “Investindo em Saúde”, onde são narradas as experiências exitosas de países que realizaram concomitantemente o ajuste econômico e a reforma no setor, quando foi definida pelo BM a adoção da ‘cesta básica de serviços’, relacionada ao desenvolvimento da

APS em países periféricos. Foi realizada ainda uma crítica contundente à universalização do acesso à saúde, quando começou a ser difundida a idéia de que os sistemas de bem-estar são economicamente insustentáveis, incentivando esses países a promoverem a privatização de seus serviços de saúde (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Nesse mesmo ano, em assembléia, a OMS e a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) anunciaram novas funções para o Estado, dentre as quais a parceria entre o setor público, privado e ONGs. Estava assim formatado um quadro de alerta que apontava para o descontrole financeiro e o risco de um colapso econômico nos países periféricos, caso estes não promovessem reformas drásticas em seus sistemas de Seguridade Social, principalmente na área da saúde e assistência social (NOGUEIRA, 2002), que preconizavam

- descentralizar para o nível local ou para o setor privado e as organizações da sociedade e privilegiar a atenção primária, numa perspectiva de diminuir o gasto hospitalar;

- aumentar a eficiência, entendida sempre como manutenção dos limites de caixa definidos pelas variáveis macroeconômicas; reforçar a regulação, isto é, manter sob estrito controle os orçamentos setoriais e a força de trabalho, com deslocamento e enfraquecimento das organizações associativas e sindicais; e

- assegurar a contenção dos custos dos serviços prestados (NOGUEIRA, 2002, p. 190).

Apesar das terminologias APS ou AB não estarem explícitas na NOB-SUS 01/93 há o indicativo que subjacente ao discurso, já estavam presentes as bases para a mudança no recém instituído SUS (não mudanças para o seu fortalecimento, mas para seu enfraquecimento), buscando uma maior racionalização e maior eficiência na utilização dos recursos (que seriam alcançados através da adoção da APS como 'cesta básica de serviços' pela saúde pública).

O ano de 1994 foi marcado pela criação de um programa denominado PSF, que adquiriu expressão nacional a partir de 1995, com a definição de seus mecanismos e patamares de financiamento (VIANA; DAL POZ, 2005). Experiências estaduais e regionais bem sucedidas inspiraram seu desenho, em especial o PACS, que já era desenvolvido desde 1987 no Estado do Ceará e o Programa Médico da Família de Niterói, Rio de Janeiro (RJ), implantado desde 1992 (MONNERAT; SENNA; SOUZA,

2007). O PSF representou o quinto ciclo de expansão da APS no Brasil e pelo menos no discurso oficial do MS superou a visão da APS como um programa de APS seletiva (Mendes, 2002).

Em seu primeiro documento oficial, do ano de 1994, o PSF foi apresentado como um programa no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e implantado por meio de convênios entre o MS, os estados e os municípios. Exigia contrapartidas e critérios de seleção dos municípios para assinatura dos mesmos, como por exemplo, o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e do Fundo Municipal de Saúde (FMS) (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2007).

Esse documento foi denominado **Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família**, com o propósito de colaborar **decisivamente** na **organização do SUS** e na **municipalização da saúde** (avançando o processo iniciado pela NOB-SUS 01/93). Nesse momento, **a atenção prioritária** do Programa seria dada **àqueles expostos ao maior risco de adoecer e morrer e àqueles sem acesso permanente aos serviços de saúde**, priorizando as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994). Esperava-se incorporar ou reincorporar parcelas da população que foram historicamente apartadas dos serviços de saúde, facilitando o acesso da população ao sistema de saúde, que seria assegurado através de “um conjunto de medidas de reorganização da AB na perspectiva de se constituir uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS” (SENNA, 2002, p. 7).

Assim como na NOB anterior, também preconizava a mudança do modelo assistencial (o PSF foi considerado em oposição ao modelo tradicional pautado na doença e no hospital). O documento mencionou superficialmente a terminologia APS e não fez nenhuma menção à AB (o que sinalizava que a utilização da última é posterior a esse momento).

Henrique Santillo, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), então Ministro da Saúde, na apresentação do documento, fez a seguinte ressalva: “Esperamos que o PSF seja uma **contribuição para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor de saúde**” (BRASIL,

1994, p. 5). Destacava-se em seu pronunciamento o processo de municipalização e de descentralização político-administrativa. A crítica que se faz é que a descentralização por si só não garante o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação das políticas de saúde e tampouco possibilita o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos municípios, se não ocorrerem mudanças mais amplas no aparelho do Estado. Também há que se criticar a promoção de uma APS de boa qualidade, que necessita de recursos humanos e financeiros suficientes, mediante o quadro de recessão que o país atravessava naquele momento e a racionalização dos custos na área social, marcada por um forte desfinanciamento na área da saúde.

Com o subfinanciamento do setor, sucateado e com baixa qualidade de atenção à saúde, é que se buscou promover a APS e ampliar a autonomia dos municípios, que deveriam assumir a gestão por seus sistemas de saúde, quando, sabe-se que os municípios de pequeno e médio porte (a grande maioria no país) possuem capacidade limitada para desenvolver as responsabilidades que lhes foram atribuídas nessa área.

Novamente saliento a coincidência entre a publicação desse documento e o documento do BM nominado **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**, que favoreceu a retomada das iniciativas privadas e que se consolidou no Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Ressalta-se que “as sugestões do documento incidem, ainda, sobre a organização do sistema de saúde e a participação da comunidade, embora com conteúdos diametralmente opostos aos aprovados na Constituição de 1988” (NOGUEIRA, 2002, p. 135).

Nesse documento, o BM apontou a ineficiência e ineficácia no uso dos recursos públicos, a concentração de recursos nas Regiões Sul e Sudeste, a expansão da demanda devido ao atendimento universal, enquanto fator que dificultava a qualidade dos serviços, o financiamento público em benefício do setor privado e o tamanho da rede pública. Apesar de indicar dimensões importantes e reconhecidas da crise brasileira no setor, o Banco, taticamente, não tocou no ponto nevrálgico da questão, que é justamente a **redução do financiamento público** e o fato da saúde tornar-se um bem mercantil. Ele deixa clara sua visão distorcida em relação à APS,

que deveria ser uma atribuição exclusiva do Estado, seccionando as ações de prevenção e promoção e o atendimento especializado, este compartilhado com o setor privado, por ser altamente lucrativo (NOGUEIRA, 2002).

O direito à saúde estava deixando de ser tratado como tal, indicando uma ruptura entre sua concepção constitucional e o discurso dos sujeitos políticos. Começava a vigorar na área da saúde o princípio da racionalidade, operada através do controle orçamentário, das “cestas básicas”, das limitações na oferta de serviços de saúde, da focalização dos usuários e dos programas e da adoção de medidas para reduzir custos (NOGUEIRA, 2002).

Entretanto, preconizava-se que o Programa proporcionaria a **desburocratização do atendimento** (contraditoriamente ampliavam-se as filas de espera), através da atenção integral e contínua a todos os membros da família, assegurando a referência e contra-referência. Sobre a participação comunitária, afirmava que a equipe do PSF deveria promover esse tipo de participação, através de ações de educação e promoção da saúde. Ou seja, ações **para** a comunidade e não com a comunidade. A equipe também deveria atender à demanda espontânea dos moradores e a demanda organizada a partir de prioridades epidemiológicas, o que se reveste de inúmeras complexidades que não foram problematizadas.

Em meio a essas controvérsias, o PSF possuía “como eixo lógico o marco da promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde”. Entretanto, o país, nessa época, não conseguia oferecer respostas adequadas às necessidades de saúde da população, devido à cobertura insuficiente dos serviços de saúde (CORBO; MOROSINI, 2005, p. 164).

Ademais, o surgimento do PSF ocorreu em uma época na qual o MS sofria forte pressão por parte do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) para redefinir suas funções. O MARE preconizava uma reforma onde a saúde deixaria de ser responsabilidade do Estado e nesse processo de rediscussão, iriam se conformar dois subsistemas: o dos serviços básicos (público) e o da assistência hospitalar (privado). O MS, diante da tensão, adotou esse Programa visando a reorganização da atenção à saúde no país (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Como a política de governo impunha restrições na expansão da ação pública estatal nas áreas sociais, nesse primeiro momento houve diferentes concepções sobre a APS a ser implementada pelo PSF. Sua cobertura populacional pouco evoluiu e a expansão concentrou-se em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste em áreas emergenciais, onde as redes públicas de unidades de saúde eram praticamente inexistentes. Mesmo sendo considerado como estratégico e como opção política para a reestruturação do SUS, o PSF não conseguiu se integrar a ele, o que demonstra que este foi idealizado em paralelo àquele (ALEIXO, 2002).

Apesar disso, o PSF foi considerado como uma **importante inovação programática** que buscava, por um lado, substituir o modelo hospitalocêntrico, visando a racionalidade dos custos da saúde pública no Brasil e por outro, apontava a necessidade de descentralização das políticas de saúde. Dessa forma, a saúde pública poderia tornar-se resolutive, instituindo-se uma parceria entre as três esferas federativas. O modelo fortemente centralizado na esfera federal seria substituído por um modelo descentralizado, gerido quase que totalmente pelo município (FUHRMANN, 2003). A idéia foi introduzir algumas diretrizes e pressupostos isolados da atenção integral à saúde, confundindo-as, à primeira vista, com o modelo integral proposto pela Reforma Sanitária (ALEIXO, 2002), mas, o fato é que o PSF não incluiu o aspecto econômico, sendo um bom desempenho institucional considerado suficiente para a resolução dos problemas de saúde da sociedade, numa clara contradição entre o real e o ideal, visando uma atenção de baixo custo e alto impacto.

Por isso, algumas questões se tornam relevantes: a um segmento historicamente excluído dos sistemas de saúde (antes de 1988), uma assistência de **boa qualidade** pode expressar a oferta de um serviço que por sua existência (sem qualquer indicador) representaria um avanço (para pobre basta uma pobre política). Tal argumento se sustenta nos dados iniciais da ESF no Brasil. Em 1994, o MS tinha a pretensão de encerrar o ano com 2.500 equipes, mas alcançou apenas 328 equipes e em 1996 havia apenas 847 equipes (BRASIL, 2001), sendo que os municípios não tinham capacidade de resposta local a questões estruturais.

Nesse sentido, começou a evolução paulatina da cobertura populacional do PSF para a região Centro-Oeste e para municípios de pequeno e médio porte. Nessa época, o programa saiu da coordenação da FUNASA e passou a ser localizado na Coordenação de Atenção Básica, na SAS do MS (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). A partir daí, foi adquirindo um grau de importância superior na agenda governamental ao mesmo tempo em que sua concepção como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e de reorganização do modelo de atenção tornava-se central (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2007).

Não se pode deixar de analisar que as ações do PSF podem significar uma sobreposição de ações com a rede de unidades básicas de saúde, além de indagar sobre como este pode abarcar demandas epidemiológicas, sanitárias e ambientais sem encontrar a contrapartida da integralidade e da resolutividade, pois não está efetivamente integrado a um sistema de referência e contra-referência para as ações de maior complexidade (BRASIL, 2001a).

Ou seja, o **discurso oficial pode esconder as limitações da proposta**: intenção velada de se promover um sistema de saúde tecnologicamente empobrecido, de baixo custo e focado nos pobres e aceito pela sociedade de modo geral. Teve, inclusive, ampla adesão de formuladores de políticas e gestores, apesar de ser uma **proposta que aparentemente, responda de forma limitada às necessidades de atenção à saúde da população** (FRANCO; MERHY, 2003).

Com a publicação da **NOB-SUS 01/96** observa-se o aparecimento do termo AB no campo das políticas de saúde. Porém, o termo nasce associado ao financiamento, do seguinte modo: **Piso da Atenção Básica**. A partir daí se observa que seu uso se torna recorrente nos documentos oficiais do MS. Nesta NOB estão mais prementes os princípios racionalizadores pautados na eficiência, eficácia e qualidade. Como o documento não faz menção à APS, isso pode significar que nesse momento uma era substituída pela outra, ou que a AB ainda não estava associada ao PSF. Na perspectiva do MS, o documento representava as bases para o redirecionamento/reordenação do modelo de atenção à saúde, visando incorporar o modelo Epidemiológico ao modelo clínico dominante e trabalhar na perspectiva da Vigilância em Saúde (BRASIL, 1997). Em suma, preconizava mudanças essenciais

no modelo de atenção à saúde, com redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União, no auge do governo FHC, profundo defensor dos ideais neoliberais. Contraditoriamente, foi considerada um instrumento de regulação do SUS.

A partir daí começou o estímulo para que os municípios incorporassem programas que lhes acrescentassem receita financeira. Isso significou o reforço do governo federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo dos chamados serviços básicos. Ou seja, mesmo com a queda da participação financeira do MS no financiamento, tal redução não foi acompanhada da redução de sua presença na determinação da política de saúde, o que dificulta que os municípios planejem uma política mais adequada às suas necessidades locais. Na prática, ao receberem recursos para os serviços básicos, acabam aí concentrando suas ações, o que demonstra que os incentivos financeiros continuam determinando a configuração das políticas de saúde no país e colaboram para o processo de descentralização tutelada *pari passu* a um forte processo de municipalização (MARQUES; MENDES, 2002, 2003).

A partir daí são definidos os subsistemas municipais – o SUS municipal, o que contribuiu para que paralelamente um sistema municipal se desenvolvesse em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unidade do SUS, devido a grandes disparidades regionais presentes no Brasil (RIZZOTTO, 2000).

Ressalta-se que no ano de 1997, quando foi publicada a NOB-SUS 01/96, o Poder Executivo submeteu à apreciação do Congresso Nacional uma Proposta de Emenda Constitucional ao artigo 196, complementando-o com a seguinte assertiva: a saúde é um direito de todos e um dever do Estado **nos termos da Lei**. Apesar de rejeitada, na prática, o discurso das elites governamentais sugere uma certa flexibilização dos direitos. É o que ocorre com o PSF, cujos argumentos para sua implementação foram conduzidos com maestria e competência pelos técnicos do MS, sem que seus aspectos reducionistas fossem assimilados ou percebidos claramente (NOGUEIRA, 2002).

Nesse sentido, a NOB-SUS 01/96, pode ser considerada uma proposta pautada na reforma administrativa do sistema de saúde que aponta algumas antinomias: as relações de dependência do município em relação ao MS, apesar da

descentralização. O MS, por sua vez, idealiza projetos de incentivos de financiamento para as ações de saúde de modo verticalizado, sem analisar as diferentes realidades sociais e sanitárias de cada região, criando uma situação de desigualdade entre os municípios ao ampliar o financiamento incentivando unicamente aos municípios que aderirem às suas propostas, como também foi o caso do PSF (BUENO; MERHY, 2001).

Acredita-se que a determinação do que é ou o que se pode financiar com os recursos do PAB fere a liberdade dos gestores municipais para implementar programas necessários à sua realidade. Entretanto, essa NOB salienta que é de plena responsabilidade do município a gestão da atenção à saúde dos seus munícipes, não excluindo daí, o papel da família e dos indivíduos na promoção de sua saúde. Percebe-se que os recursos descritos no PAB se assemelham ao “pacote básico” ou aos ‘serviços clínicos essenciais’, sugeridos pelo BM ao governo nacional. Ou seja, ao enfatizar acentuadamente os serviços básicos, a intencionalidade é o favorecimento da expansão do mercado para o setor privado ou público privatizado, sem que isso esteja explícito no discurso do MS (BUENO; MERHY, 2001).

A NOB-SUS 01/96 não deixa claro se será a AB que conduzirá o novo modelo (pois até então ela era apenas um Piso), pois somente salienta que este abarca um **“conjunto de serviços bem definido” e que programaticamente deve respeitar as limitações de recursos e “onde a pessoa é estimulada a ser agente de sua própria saúde”** (BRASIL, 1997, p. 14-16). Isto é, não há uma definição do que é ou qual o papel da AB no novo modelo, apesar das condições de gestão do município serem estabelecidas em gestão plena da AB (onde não é mencionado o PSF) e gestão plena do sistema de saúde. Isso demonstra que não houve uma definição prévia de AB por parte do MS.

A leitura dessa NOB permite ainda inferir que a partir de sua publicação, a intenção do governo era ampliar os serviços básicos (considerados insuficientes para caracterizar a APS), sob o argumento de elevar a qualidade dos serviços e ampliar a capacidade resolutiva do sistema, o que sinaliza para uma retração do direito universal à saúde. Mesmo que não proceda a uma discussão aprofundada, o MS deixa transparecer a idéia de uma possível mudança da situação do sistema através

do PSF, cuja responsabilidade era superar as mazelas crônicas do atendimento à saúde. Entretanto, a NOB-SUS 01/96 não discutiu ou problematizou esse Programa, permanecendo uma lacuna, pois não há clareza de como será efetuada a mudança do modelo. Mas subentende-se que o MS pretendia racionalizar o uso de serviços de média e alta complexidade (considerados mais importantes hierarquicamente), conciliando duas alterações radicais, convergentes entre si: 1) o novo modelo de atenção; e, 2) as novas bases para seu financiamento, definido como prioritário.

Outro elemento que necessita ser problematizado é a questão da descentralização, amplamente defendida por essa NOB. Não se pretende negar sua importância, e sim, salientar que a esfera municipal (que apresenta alta diversidade regional, cultural, histórica e econômica), foi fortemente responsabilizada pela provisão de serviços e ações na área da saúde, possibilitando a abertura para uma infinidade de práticas (favoráveis ou desfavoráveis), que trouxeram consequências para o encaminhamento da política de saúde nas várias regiões do país. Apesar dos documentos abordarem que as especificidades regionais devem ser observadas pelos municípios, esses não possuem capacidade nem para atender ao leque de atividades mínimas recomendadas pelo âmbito federal e que deveriam ser cumpridas em troca de financiamento (NOGUEIRA, 2002). Tampouco, como se viu, o processo de implantação do PSF ocorreu de modo homogêneo entre todas as regiões do país, pois sua cobertura populacional pouco evoluiu nos primeiros anos de sua implantação (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Há que se considerar outro importante evento ocorrido no ano de 1996 – a implantação da CPMF, considerada pelo MS uma fonte alternativa para encontrar recursos para a saúde. Foi instituída em caráter de emergência enquanto proposta para financiar a saúde em substituição ao corte de recursos da União. Apesar dos recursos obtidos por seu intermédio, estes não significaram a ampliação do orçamento, pois o MS afirmou que a constância do repasse de recursos para a saúde não poderia ser encargo unicamente do Governo Federal (BRASIL, 2002).

Nesse mesmo ano, o MS iniciou um rompimento com o conceito de Programa e adotou a denominação ESF, por acreditar que o PSF ultrapassou a condição de modelo que visava a extensão da cobertura e do acesso aos serviços de saúde,

para realmente se tornar uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005).

Nesse sentido, em 1997, o MS publicou o manual **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, cujo objetivo central era o de “**contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da AB**, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma **nova dinâmica de atuação nas UBS**, com definição de **responsabilidades entre os serviços de saúde e a população**” (BRASIL, 1997a, p. 10). No documento aparecem expressões como **nível primário de atenção, primeiro contato, referência e contra-referência para os demais níveis do sistema, porta de entrada do sistema local de saúde**, todas as expressões relacionadas à USF. Não há ênfase na promoção da saúde, o que foi feito no documento de 1994. Além disso, quando aborda a questão da reorganização das práticas de trabalho, afirma que é de responsabilidade da equipe de saúde da família levantar indicadores epidemiológicos e **sócio-econômicos**. Porém, trata-se de uma equipe médico-centrada, não preparada para a percepção da totalidade social. Apesar de apresentar princípios como integralidade, intersetorialidade e participação comunitária, presentes na interpretação abrangente de APS, o que se evidencia é que esta estava sendo reduzida ao primeiro nível do sistema de saúde e à porta de entrada no mesmo, numa concepção restrita da mesma.

Segundo esse manual, ao **PSF compete a responsabilidade de romper com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica e individual**, sendo expresso que o PSF era uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa **inovadoras**.

Idéia essa consubstanciada em documentos posteriores, onde o propósito do PSF foi entendido como

[...] a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. **A atenção está centrada na família**, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de **intervenções que vão além das práticas curativas**. **A saúde da família, ao pautar-se pelo princípio da**

integralidade, está se comprometendo na busca da organização dos serviços, ações e práticas da saúde, de forma a garantir à população o atendimento mais abrangente das suas necessidades (BRASIL, 1999, p. 1, grifos da autora).

Dentre seus objetivos, o manual destacou a humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população/comunidade; a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social e a promoção da família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário, além de ofertar de maneira prioritária, a atenção promocional e preventiva, sem se desviar da assistência curativa e reabilitadora (BRASIL, 1997a).

Suas diretrizes básicas “são a descentralização e municipalização das ações e serviços em saúde, **no modelo de atenção primária integral à saúde e na co-responsabilização entre usuários e trabalhadores em saúde**” (FUHRMANN, 2003, p. 14). Para Corbo e Morosini (2005), trata-se de uma atuação centrada no princípio da Vigilância em Saúde (uma de suas diretrizes operacionais).

De acordo com sua proposta original, a Vigilância em Saúde, apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local com as seguintes características: **intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes)**; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas e ações sobre o território (PAIM, 1999a).

Em tese, são elementos que sublinham o **caráter inovador** do PSF a partir de três advertências:

- 1) Embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no MS, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados [...];
- 2) O PSF não é uma estratégia para atenção exclusiva ao grupo da mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância em saúde [...];

3) Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997a, p. 8-9).

Provavelmente, essas advertências advêm da necessidade de se apontar o Programa como eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção brasileiro. Não era, portanto, do interesse governamental que o Programa fosse visto de maneira reducionista, visando combater às críticas de que o mesmo nasceu e se desenvolveu num ambiente carregado de ambigüidades, no cenário de um SUS fragmentado, utilizado de forma a “dourar a pílula” de uma medicina simplificada para pobres ou a oferta de uma “cesta básica de serviços” seletivos ou focalizados, o que poderia reforçar as concepções não-democráticas do SUS (ALEIXO, 2002).

Novamente tal publicação coincide com a publicação das indicações do BM para o reordenamento do Estado, no sentido de superar a crise e renovar sua eficácia enquanto instância reguladora (NOGUEIRA, 2002). Apesar disso, o manual ressaltava que garantir a melhoria da qualidade de vida da população brasileira era uma necessidade e “que a consolidação desse processo depende da **crecente parceria estabelecida entre os três níveis de governo e a sociedade**” (BRASIL, 1997a, p. 5). O PSF foi considerado como uma proposta **ousada**, pois buscava viabilizar **mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil**. Ademais, foi feita uma crítica aos DS e aos SILOS por estes não terem conseguido resultados perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por **não promoverem mudanças significativas no modelo assistencial, o que requer o desenho de um novo modelo**.

Percebe-se uma crítica velada à APS que não havia sido feita no documento de 1994, dando a entender que reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios seria suficiente para a reversão do modelo assistencial vigente, **via PSF**, através de intervenções **de maior impacto**. Contraditoriamente, afirmava que o Programa iria contribuir para tal reorganização **a partir da AB**. Entretanto, até o momento, a AB não estava estruturada teoricamente e operacionalmente. Essas

incongruências permitem concluir que a APS vinha sendo utilizada de forma seletiva, a partir de um programa, em tese responsável pela reversão do modelo médico-centrado.

De todo modo, apesar do discurso oficial apontar para uma estratégia cujo sentido é o de consolidação do SUS, de caráter substitutivo, reforçando a integralidade e a intersetorialidade, contribuindo para uma nova prática de saúde (enfim um novo modelo de atenção), parece que a dubiedade programa *versus* estratégia ainda não foi resolvida – o que é demonstrado pela literatura, pois persistem as imprecisões conceituais, bem como a utilização da denominação PSF. Decerto, falar em “estratégia” foi uma estratégia de governo (RONCALLI, 2003).

Tal reorganização se restringiu a uma questão técnica, onde as implicações éticas, econômicas, políticas e culturais foram ignoradas ou negligenciadas. O fato é que essa Estratégia ainda está muito longe de alterar o “SUS real” e de transformar o sistema de saúde brasileiro. Também é imprescindível certo distanciamento crítico para levar em conta a realidade concreta da situação de saúde no Brasil e a partir daí, se existe a posterior possibilidade de transformação da estrutura de prestação de serviços de saúde, o que a *priori* não acontecerá somente a partir do próprio setor (PAIM, 1999). Isto é, faltam evidências de que a ESF seja uma estratégia suficiente para reorganizar o modelo assistencial dominante. Para que isso ocorresse, a Estratégia precisaria se aproximar, de fato, dos processos de distritalização e do modelo de intervenção da Vigilância à Saúde. Não há nada de errado em atender, com as ações de saúde, os milhões de excluídos da sociedade brasileira, mas sem perder a premissa de que “o SUS não foi concebido, constitucionalmente, na perspectiva de assistência social para os pobres e indigentes, e sim para garantir integralmente o direito à saúde de todos os cidadãos, independente de sua situação sócio-econômica” (PAIM, 1999, p. 497).

Apesar da ampla divulgação, o fato é que a ESF visa a reorganização do modelo de atenção a partir da AB, precisamente o nível de atenção a que se reduz a atuação do Estado na proposta do BM. Em que pese sua aludida utilidade para o sistema de saúde em seus documentos oficiais (NOGUEIRA, 2002), a pergunta é:

Qual a possibilidade real de uma estratégia, de forma isolada, conseguir suplantiar todas as contradições, dificuldades e limitações da atenção à saúde, estabelecidas na conformação de processos históricos muito amplos e complexos, estando restrita ao nível da AB? (SISSON, 2007, p. 88).

Isso demonstra que a atenção à saúde ainda está comprometida por alguns entraves persistentes: o acesso do usuário ao sistema público de saúde e a insuficiente oferta de vagas nos serviços básicos, secundários e terciários; oferta deficitária de exames complementares de pequena, média e alta complexidade; dependência de serviços pactuados entre municípios e capitais, cuja oferta não tem sido suficiente para a cobertura da demanda; o problema da fila dupla, que fere frontalmente os princípios da universalidade e da igualdade; ausência de mecanismos de controle para aferir o grau de investimentos na saúde (financiamento, qualidade e grau de resolutividade do sistema); aumento da demanda ocasionado pelo agravamento dos problemas sociais, sem que fosse ampliada a capacidade de atendimento e a falta de compromisso de parte dos gestores com a implementação do SUS, com graves conseqüências para o usuário (BRASIL, 2001b), já que aquele convive com práticas obsoletas, curativistas, assistencialistas, privatistas, operacionalizadas por profissionais despreparados e médico-centrados, que sofrem com a precarização das relações de trabalho (BRASIL, 2001a).

Outro entrave é a visão do sistema de saúde em níveis, o que pode pressupor que a APS é menos complexa que os procedimentos definidos como de média e alta complexidade, por estes possuírem maior densidade tecnológica, o que não é correto, pois aquela é mais intensa em cognição e, nesse sentido, é mais complexa. A concepção hierárquica de redes de atenção à saúde está na base da forma organizacional dos sistemas fragmentados de serviços de saúde, o que tem implicações negativas também em seu financiamento. De um lado pela correlação de forças centradas entre a prática médica, de outro, a menor organização dos grupos de interesse que se estruturam em torno da APS, o que leva a uma desvalorização relativa de suas ações, reforçando o ciclo vicioso dos programas de APS seletivos, consolidando o seu desfinanciamento no país (PESTANA; MENDES, 2004).

Ou seja, a mudança na organização dos sistemas de serviços de saúde não pode limitar-se a uma inversão do modelo de atenção, como é freqüentemente proposto, porque não se trata apenas de inverter a forma piramidal, mas de subvertê-la, substituindo-a por outra forma organizacional de qualidade inteiramente distinta, em prol de sistemas integrados de serviços de saúde (PESTANA; MENDES, 2004).

Nesse cenário controverso, os argumentos dos representantes do MS impregnam a ESF com significados favoráveis, apesar da inércia de uma agenda incompleta, pois o governo não conseguiu ao longo dos anos de sua implementação, ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil (SOUSA, 2006). Parafraseando Paim (2007), ainda que o discurso *aluda* a uma mudança, *ilude* quanto à sua radicalidade. O binômio *alusão-ilusão* é próprio das práticas ideológicas. *Alude* aos problemas e *ilude* quanto à solução ao desconsiderar a necessidade de uma prática teórica e política, capazes de produzir conhecimento e de modificar as relações sociais (PAIM, 2007).

Ou seja, alude-se que a ESF amplia a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção, mas seus pressupostos não atendem aos desafios de mudança do paradigma de atenção à saúde. O próprio MS assumiu que entre a modernidade das leis e a efetiva implantação do SUS, muitos desafios ainda têm que ser enfrentados, inclusive a organização da atenção à saúde (BRASIL, 2003a).

Mudou-se a organização do processo de trabalho (tanto que os recursos humanos são considerados um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento da ESF), mas a mudança necessita ser política, ideológica, cultural e direcionada para a intersectorialidade, extrapolando assim o setor saúde e estabelecendo parcerias com outros setores governamentais mobilizando recursos em prol da produção social da saúde, além de estabelecer responsabilidades para os distintos atores sociais, superando a lógica setorial, fragmentada e desarticulada presente no atual modelo administrativo – uma mudança de atitude de políticos, acadêmicos, técnicos e usuários (TEIXEIRA; NUNES, 2007). Esse programa/estratégia em si, não é suficiente para garantir a própria AB e pode se tornar um engodo, à medida que mantém um modelo de saúde “pobre para os pobres”, tornando-se uma bandeira

para os governos que simplificam o modelo de atenção à saúde, devido à sua apresentação como uma panacéia que solucionará todos os problemas de saúde (BRASIL, 2001a).

Contudo, há que se analisar que a manutenção do poder é a finalidade de grupos hegemônicos e isso se reflete nas estruturas organizacionais do Brasil, predominantemente piramidais, compostos por vários escalões hierárquicos e departamentalizados setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização. Essa estrutura somada às práticas de organização de trabalho (como centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução, sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva e distanciamento do cidadão), dificulta uma relação democrática entre o governo e a população e, praticamente, dificultam a participação desta última (INOJOSA, 1998).

Não que os avanços conquistados na década anterior tenham sido formal e explicitamente negados pelos grupos detentores da condução política de saúde no país. Tal fato é perceptível nos documentos analisados, teoricamente ricos em princípios como universalidade, integralidade, participação e controle sociais, apontando que seguem as referências de uma APS abrangente, quando na prática, esta é revestida de um caráter reducionista, desviando o foco da atenção para discursos que remetem a cultura da crise e aos altos custos das despesas em saúde, evidenciando uma posição reduzida do direito à saúde (NOGUEIRA, 2002).

A base argumentativa utilizada é o melhor funcionamento do sistema, sendo a descentralização o meio eficaz de se evitar as duas formas de gastar mal o dinheiro público – a corrupção e o desperdício, cabendo ao MS o papel de formulação e controle das políticas de saúde, o que ocorre de maneira segmentada e direcionada para alguns aspectos do sistema, principalmente no que se refere à operacionalização da APS (NOGUEIRA, 2002).

Em 1999 é publicado o **Manual para a Organização da AB**, quando um período de expansão da ESF é iniciado e quando ocorre a definição do arcabouço jurídico para sua organização nos sistemas de saúde e ampliação de responsabilidades, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A AB foi sistematizada e seu conceito aparece pela primeira vez como “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, **situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde**, voltadas para a **promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação**” (BRASIL, 1999, p. 9). Justificava-se que a prioridade dada à AB deve-se ao esforço para que o sistema de saúde se torne **mais eficiente, consolide vínculos entre serviços e população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência** (BRASIL, 1999). Entretanto, a organização e o desenvolvimento da AB requerem a implantação de estratégias capazes para tal, sendo a ESF a estratégia prioritária, devido ao seu potencial humanizado e resolutivo. Ou seja, uma **proposta substitutiva**, que visa a **reversão do modelo assistencial vigente**, para a **implantação de um novo modelo**, exclusivamente a ser realizada através de uma estratégia prioritária. Nesse sentido, a ESF “contribui para que as atribuições e responsabilidades apontadas para a AB possam ser executadas e assumidas de uma **forma inovadora**, com **efetiva mudança na organização dos serviços de saúde**” (BRASIL, 1999, p. 24). Ou seja, a AB mal tinha nascido ou sido conceituada e já se planejava outra mudança. Como bem expressava o então Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque:

[...] no campo das políticas, **o setor saúde tem se destacado pela efetiva proposta de mudança, sendo um dos que mais tem avançado nas reformas administrativas, políticas e organizativas, a partir do novo desenho de modelo público de oferta de serviços e ações** (BRASIL, 1997a, p. 5).

O novo modelo pauta-se na substituição do modelo assistencial biomédico hegemônico pela AB, que na perspectiva desse novo manual seria centrado na qualidade de vida das pessoas, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias, requerendo a transformação na relação entre os usuários e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe). Sua leitura, porém, indica que a AB está subordinada à ESF, pouco esclarecendo sobre esse processo. Aparentemente é um modelo mais eficiente para o BM do que para a população brasileira, pois também teve seu financiamento condicionado mediante a **garantia de um mínimo de ações e procedimentos**, pois a AB é composta de

[...] **um conjunto de ações estratégicas mínimas** destinadas à cobertura das ações básicas de prevenção de doenças, assistência ambulatorial e ações no âmbito dos programas descentralizados pelo MS, que ficaram a cargo dos municípios habilitados em uma das condições de gestão previstas (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p. 492).

O BM demonstrava em suas análises que o principal problema de saúde no país decorria da baixa capacidade de gestão das esferas subnacionais, o que elevava os índices de ineficiência. Nesse sentido, três grandes pautas foram consubstanciadas: 1) adoção de políticas estratégicas conduzidas diretamente pelo ministro de saúde (Serra), a exemplo dos medicamentos genéricos, da ESF, da política de combate à AIDS e da regulação da medicina suplementar; 2) ampliação do processo de reconcentração de competências regulatórias sobre as ações assistenciais no MS, com re-centralização aguda de comando no gestor federal; e, 3) forte ação de fomento à ESF, que passou a ser uma das principais ações do MS, privilegiando os núcleos familiares e comunitários (PASCHE et al., 2006).

Acentua-se o empenho governamental na ampliação da AB/ESF, motivo pelo qual a década de 1990 foi marcada por grande investimento do MS para tal, inclusive com a criação em 1999 do DAB, formalizado na estrutura do MS em 2000, órgão cuja função é de normalizar a organização e gestão desse nível de atenção em saúde. Assim, a mudança do modelo de atenção é sustentada por argumentos que se pautam na necessidade de elevar a qualidade dos serviços, na ampliação da capacidade resolutiva do sistema, na informação para os grupos socialmente vulneráveis e na redução dos custos (NOGUEIRA, 2002).

No campo da saúde, **parece que se quer reabilitar, para os pobres, um modelo de atenção à saúde centrado na APS, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas necessidades básicas de saúde.** Propõe-se então inverter o modelo, utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade. Parece que, para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que têm acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno (RIZZOTTO, 2000, p. 243, grifos da autora).

Aqui é necessário tomar cuidado com essa colocação da autora, visto que nem sempre o simples é pobre e o sofisticado é o melhor. Conforme adverte Narvai

(2005), APS significa atenção primeira e não necessariamente atenção única, tampouco deve ser considerada apenas uma atenção de baixa qualidade para problemas 'simples', pois em saúde, o simples é muito relativo.

Ressalta-se que em 1999, de um total de 5.507 municípios, havia 1.870 destes cobertos por 4.945 equipes de saúde da família, sendo 17 milhões de pessoas atendidas e 146,9 milhões ainda sem cobertura. De 1994 até março de 2000, o número de equipes de saúde da família aumentou de 328 para 5.957, representando um salto quantitativo de atendimento à população de 1,1 milhão para 20,6 milhões de habitantes. Ou seja, cerca de 38% dos municípios, o que equivale a 2.101 municípios de um total de 5.507 (BRASIL, 2001).

Nesse momento, foi vivificado o debate ao explicitar a sobreposição dos referenciais da APS e AB que permeavam a organização dos sistemas locais de saúde (GIL, 2006), quando o próprio MS reconheceu a necessidade da ampliação do conceito de AB (BRASIL, 1999). Segundo Ribeiro (2007) o conceito apresentado no Manual de 1999 poderia levar a interpretações reducionistas da noção de APS⁶². Apesar de afirmar que a AB tinha como fundamentos os princípios do SUS, o documento apontava apenas alguns tipos de ações, de forma genérica, além do local (primeiro nível) para sua execução. Além disso, a reorganização da AB deveria contribuir para o reordenamento dos demais níveis de complexidade, mas não fica claro como isso poderia acontecer, tendo em vista que a efetividade da garantia do acesso da população aos serviços de maior complexidade era condição para a efetiva mudança no modelo. Parece então que apenas ampliar o conceito de AB não é suficiente para tal, pois não se discute o âmago da questão: a histórica falta de integração entre os níveis de saúde e a perversa concentração de renda no país.

Tabela. Evolução de alguns indicadores sociais, demográficos e de saúde no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990.

INDICADORES	1980	DÉCADA DE 1990
População urbana (%)	67,5%	78,4% (1996)
Taxa de fecundidade	4,3	2,3 (1996)
Crescimento populacional anual (%)	2,5 (1970/1980)	1,4 (1991/1996)

⁶² Ribeiro (2007) não especifica quem poderia interpretar a APS de forma reducionista.

Pop. de < de 5 anos (em milhões)	16,4	15,6
Pop. analfabeta = > 10 anos	25,3%	16,2 % (1995)
% de domicílios com água	53,3%	84,3% (1996)
Mort. inf. proporç. p/ diarreias (%)	24,5	9,7 (1992)
Desnutrição em < de 5 anos (%)	18,4 (1975)	5,9 (1996)
Mort. proporç. p/ doenças infec.	9,3	4,7 (1992)
PIB per capita (em R\$)	3.510 (1985-1989)	3.460 (1992-1996)
% de idosos (60 anos e +) na pop.	6,1% (1985-1989)	7,4% (1992-1996)
Razão de dependência	0,73	0,58
Renda familiar per capita (em R\$)	276 (1985-1989)	195 (1992-1996)

Fonte: MDS, PNDS, 1996.

Nessa época vivenciava-se um contexto de hegemonia das políticas neoliberais em praticamente todo o mundo. No Brasil, foram consolidadas propostas de redução e restrição das atividades de bem-estar, com precarização das relações de trabalho, geração de *superávit* primário, abertura da economia para empresas transnacionais, privatização de empresas estatais e redefinição do escopo das funções do Estado situando-as predominantemente na regulação, controle e avaliação (PASCHE et al., 2006).

Analisa-se que nesse cenário controverso, as equipes de saúde da família deveriam assumir a alta responsabilidade na condução do processo de reorganização da atenção à saúde. Entretanto, quanto à política de Recursos Humanos, essa não é discutida e não há menção de como esta seria efetivamente conduzida. Sousa (2006) salienta que compete ao MS cumprir os dispositivos constitucionais de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Porém, o MS assumiu que a sustentabilidade dos recursos humanos não está totalmente concluída, nem suficientemente definida no âmbito institucional (BRASIL, 2003a). Somente em 1997, foram propostos os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a ESF, pois sua consolidação estava condicionada à existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades para provocar mudança no modelo de formação tradicional fragmentado e flexneriano. Em que pese esses fatores, a Estratégia ainda encontra obstáculos relativos à inserção e ao desenvolvimento de recursos humanos para sua operacionalização. Os mecanismos de inserção dos profissionais nas equipes de saúde ainda ocorrem por meio de contratos temporários e com vínculos precários, o que pode afetar a sustentabilidade

da própria Estratégia. E, apesar da implantação dos Pólos, o processo de aprimoramento da capacitação dos profissionais para suas novas funções é ainda um desafio a ser enfrentado (ESCOREL et al., 2007). Fato reconhecido pelo próprio MS (BRASIL, 2003).

O problema dos recursos humanos afeta mais diretamente aos gestores municipais, devido à falta de uma política clara e objetiva para regular as formas de contratação e salário, o que possibilita que cada município faça sua própria política de contratação, acarretando um sistema “de quem paga mais”, funcional ao mercado onde a oferta é baixa em relação à demanda. Isso penaliza sobremaneira os municípios mais pobres, comprometendo a estabilidade das equipes e conseqüentemente se refletindo na criação precária de vínculos com a população atendida, prejudicando a continuidade do cuidado e a longitudinalidade (MENDES, 2002). Sendo os recursos humanos considerados um dos pilares para o desenvolvimento da ESF, contraditoriamente, o MS assume sua fragilidade, reconhecendo que no Brasil o ensino das profissões de saúde ainda está baseado no modelo flexneriano e fragmentado, que usa a lógica da especialização na produção do trabalho (BRASIL, 2003a).

Concomitante a isso, a leitura dos documentos indica que o MS não queria que a AB fosse relacionada a uma concepção de APS seletiva, mas parece que este é um processo contínuo, já iniciado na década de 1970, conforme apontado no referencial teórico. E em um momento crítico da crise brasileira, emerge a preocupação da APS ser vista de forma abrangente. Há uma dicotomia entre o discurso que defende a ampliação das ações de saúde através da universalização, quando as ações indicavam um caráter focalizado. Provavelmente tal fato pode estar relacionado a também dicotômica relação existente entre o modelo de saúde pública adotado e o modelo hegemônico, médico-centrado, sendo o segundo privilegiado no âmbito mercadológico. O primeiro é destinado à população que não pode acessar a saúde via mercado, mas, a retração de recursos nessa área não podia ser vista como uma ameaça ao direito conquistado, por isso sua idealização para sua não negação enquanto política satisfatória para essa população, como se percebe nos discursos.

Apesar dos esforços para a organização e desenvolvimento da AB apontarem para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no

âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e onde é resguardado o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização (BRASIL, 1999), analisa-se que essa emerge para propiciar maior racionalização e conseqüente diminuição dos gastos federais com a área da saúde. Porém, há que se evidenciar que a simples descentralização político-administrativa não provoca alterações na estrutura de poder principalmente ao se considerar as expressivas desigualdades brasileiras. Além disso, os serviços estão organizados de forma hierarquizada, sendo que a APS deve ser prestada mais descentralizadamente possível, o que não ocorre com os outros níveis de atenção, resultando na fragmentação e segmentação dos serviços e na conseqüente baixa qualidade dos serviços, apesar dos discursos preconizarem que a qualidade no atendimento é o objetivo a ser alcançado com a mudança no modelo de atenção.

A rede, que deveria ser estruturada tendo como núcleo central a APS e, onde os espaços territoriais deveriam ser organizados de forma a contemplar, além dos municípios, os módulos, as microrregiões, as macrorregiões e as regiões de saúde, de maneira articulada, não se concretizou, devido à falta de iniciativa pela qualificação das microrregiões de saúde, o pouco interesse dos municípios pela habilitação em gestão plena do sistema municipal, a fragilidade dos espaços de negociação e planejamento regional e o excesso de instrumentos normativos (BRASIL, 2001a). Contraditoriamente, são propostas ações mínimas, de formato único para todos os municípios, o que dificulta a organização das redes, mas ao mesmo tempo, essa organização é cobrada. Apesar da lógica de organização do SUS pressupor uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, o que se percebe é a dificuldade de romper a lógica do modelo hegemônico e o redirecionamento do enfoque, ainda nitidamente hospitalocêntrico e fragmentado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Chama a atenção a repetição sistemática da palavra mudança nos documentos até o momento analisados. O que mudava? Como mudava? Dados de 1998 do MS apontam que a cobertura da PSF no Brasil crescera de menos de 1% em 1994 para 9% em 1998. Assim, os discursos de mudança indicavam a contradição e distanciamento entre a **proposta** e o que era efetivamente implementado (BRASIL, 1999a).

Abaixo, apresento um quadro síntese do debate sobre APS na década de 1990:

Âmbito	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	=>Fontes estáveis para o setor provenientes dos 03 níveis do governo; =>Mecanismos e critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios.	=>Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde; =>Aumento progressivo das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios.	=>Não implantação do orçamento da Seguridade Social; =>Instabilidade de fontes durante a maior parte da década; =>Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento; =>Recursos insuficientes; =>Excesso de condicionalidades para aplicação de recursos federais.
Descentralização e relação entre os gestores	=>Definição do papel das três esferas de governo no SUS; =>Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios; =>Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para a definição e implementação da política.	=>Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios; =>Estabelecimento das comissões intergestores (tripartites e bipartites) como instâncias efetivas de negociação e decisão.	=>Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema; =>Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal).
Gestão e organização do sistema	=>Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema; =>Expansão e desconcentração da oferta de serviços; =>Adequação da oferta às necessidades da população; =>organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada.	=>Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede de serviços de saúde em diversos estados e municípios; =>Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas.	=>Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios; =>Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: sobreposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços.
Atenção aos usuários	=>Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias; =>Mudança do modelo de atenção; =>Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população.	=>Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS; =>Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição, vínculo, integralidade das ações); =>Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (ex.: saúde mental); =>Expansão de estratégias de ACS e ESF em todo o país; =>Melhoria dos indicadores de	=>Persistência de desigualdades no acesso; =>Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias); =>Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país.

		saúde em diversos pontos do país.	
Recursos humanos	=>Formação e capacitação adequadas de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção; =>Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios; =>Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país.	=>Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades da federação e municípios.	=>Distorções na formação dos profissionais de saúde; =>Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de saúde; =>Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para a redução de gastos com pessoal; =>Distribuição desigual de profissionais de saúde no território nacional; =>Aumento da precarização das relações de trabalho na saúde.
Controle social	=>Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde; =>Implementação nas três esferas de governo, de conselhos de saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50 % de usuários; =>Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS.	=>Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação de usuários.	=>Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas unidades da federação e municípios; =>Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações.

Quadro 5: Avanços e dificuldades na implementação da APS nos anos 1990. Fonte: Levcovitz; Lima; Machado, 2001.

Agregue-se a esse debate, as críticas de que uma nova política de organização da atenção deveria considerar uma série de problemas de ordens distintas: 1) sistema com base na lógica de procedimentos que desconsidera as necessidades da população e incorporação tecnológica a-crítica; 2) acesso a procedimentos baseados na oferta, com conseqüente concentração em determinadas áreas geográficas; 3) serviços com baixa resolubilidade; 4) falta de qualificação profissional; 5) inadequação dos profissionais especializados quanto a saúde integral ao paciente; e, 6) falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção, gerando sobreposição de ações (BRASIL, 2007a).

Até o momento verificou-se que os documentos trazem embutidos elementos referenciados e sugeridos pelo BM para as políticas de saúde brasileira, demonstrando que as propostas defendidas por este organismo aparentemente foram sucessivamente incorporadas nos discursos do MS, mas sem que essa relação ficasse clara à população brasileira.

5.4 A DÉCADA DE 2000: A ERA LULA E A EXPANSÃO DA AB: OU EXPANSÃO DA ESF?

No contexto do governo Lula, de um lado sua política econômica favoreceu intensamente os interesses do capital financeiro nacional e internacional, por outro, fomentou uma série de programas e iniciativas direcionadas aos segmentos mais pobres da população brasileira e àqueles até então excluídos de algumas políticas sociais (MENDES; MARQUES, 2005).

O governo Lula promoveu a tradicional disjunção entre a política econômica e as políticas sociais, compensatórias como sugere o BM e que não desenvolvem o país, mas impedem que sua população pobre morra de fome, evitando o risco de convulsão social, mantendo a aparência de que o governo se interessa pelo povo, quando seu interesse real está voltado para o capital financeiro (FREITAS, 2007).

No governo Lula a política de saúde brasileira, se analisada a partir da conceituação expressa na Constituição Federal de 1988 foi desastrosa: não se avançou na ação intersetorial, o desemprego e a violência continuam negando o direito à vida, os baixos níveis de saúde e as desigualdades sociais e regionais persistem, faltam evidências de prioridades para a saúde e o setor não foi poupado dos cortes dos gastos públicos nem no contingenciamento de verbas já garantidas pelo orçamento.

A década de 2000 se inicia com a publicação do **Relatório Final da XI CNS** (governo FHC) que apontava: “**a AB não é eficaz na aplicação de recursos de custeio nos níveis de maior complexidade**” (BRASIL, 2001a, p. 26),

demonstrando a necessidade de organização da porta de entrada do sistema e lançando a crítica de que a ESF não é suficiente para garantir a própria AB e que o desafio consistia em superar a histórica fragmentação do sistema de saúde.

A própria reestruturação do MS aponta essa tendência para a fragmentação. Em 2000, o DAB foi inserido na SAS, dividida em departamentos como Atenção Especializada, Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, AB e Ações Programáticas Estratégicas. Observa-se na própria estrutura ministerial uma segmentação, que é transportada para a prática. Na AB estão inseridas a saúde bucal, saúde da família, doenças não transmissíveis, alimentação e nutrição, carência nutricional e hipertensão e diabetes. Nas Ações Programáticas estão inseridas a saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente e jovem, saúde do idoso, saúde da pessoa com deficiência, saúde mental e saúde no sistema penitenciário (figura 1). Ou seja, aqui já ocorre uma dicotomia entre a AB e as Ações Programáticas e, apesar de a ESF ser uma ação dentro da AB, na lógica dos documentos, ela se reveste de centralidade e é a AB que passa a ser contida por ela e por conseguinte, as ações programáticas também. Além disso, a Vigilância em Saúde é uma Secretaria a parte, onde está inserida a Vigilância Epidemiológica. Ações que deveriam estar contidas na AB. Sem contar que estruturalmente não é mencionada a Promoção da Saúde (BRASIL, 2004).

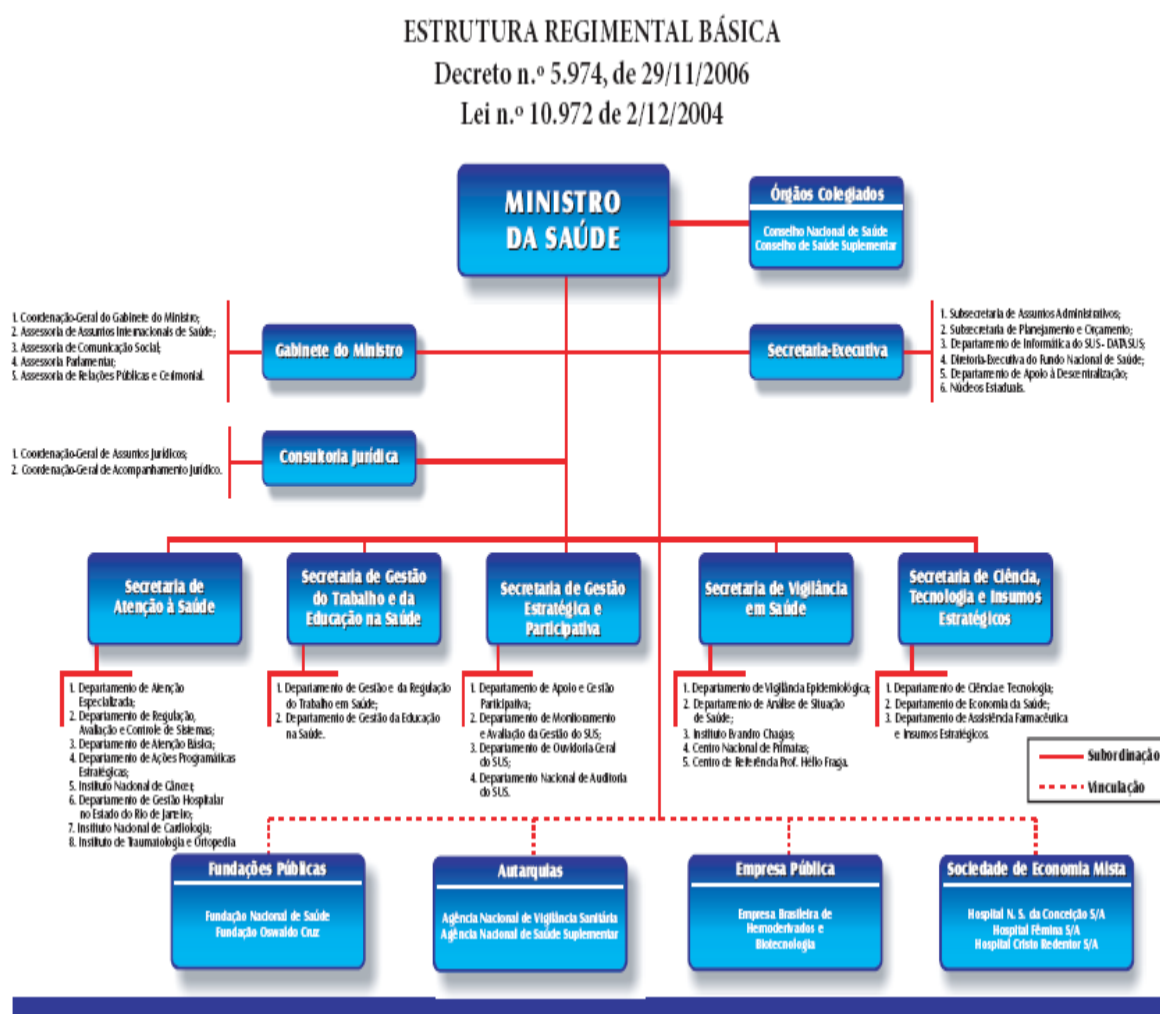


Figura 1: Estrutura regimental básica do MS (BRASIL, 2004).

Visando superar dificuldades da organização do sistema, em 2001 foi editada a primeira **NOAS-SUS 01/01**, revista em 2002, que avançou em torno da proposta da regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios. A NOAS ampliou as responsabilidades da AB e delimitou a utilização racional dos recursos de maior complexidade (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A AB foi assim definida: “**conjunto de ações do primeiro nível de atenção** em saúde que **deve ser ofertado por todos os municípios** do país em seu próprio território, **com qualidade e suficiência para sua população**” (BRASIL, 2001b, p. 17).

Segundo essa Norma, foi adotado um conceito de AB-Ampliada. Acredito que tal ampliação deve-se ao fato do governo assumir que, apesar dos avanços, persistiam

os problemas no âmbito das ações básicas e que a implicação do verbo dever provavelmente refere-se à transferência da responsabilidade sobre as condições de saúde da população e do território para os municípios. Novamente aparece a questão “**do conjunto de ações do primeiro nível de atenção**”, o que restringe a APS ao “pacote básico”, presa aos umbrais desse nível de atenção. Novamente a ESF aparece como um eixo importante para a ampliação e qualificação da AB. Apesar de nomeada de AB-Ampliada, o documento apresenta as ações e estratégias mínimas de AB: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher (BRASIL, 2001b). Mesmo centralizando o foco de ação nessas áreas, no ano de 2000 foram notificados 82.249 casos de tuberculose, o que equivale a 48,4/100.000 habitantes e cerca de 3.000 pessoas foram diagnosticadas com hanseníase, basicamente por falta de prevenção (BRASIL, 2009).

Provavelmente, no âmbito do discurso, também estava incorporada na AB-Ampliada os Objetivos do Milênio⁶³ (reduzir a mortalidade infantil, erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico fundamental, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, melhorar a saúde maternal, combater a AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento).

No mesmo ano foi publicado o **Manual Programa Saúde da Família**, que conceitua que o “PSF é uma estratégia que **prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família**, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de **forma integral e contínua**”, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2001, p. 5). Afirma que essa estratégia está **estruturada a partir da USF, responsável pelo primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial**, mantendo a APS reduzida à UBS, agora transmutada para USF. Segundo esse documento, em 2001, do total de 5.561 municípios, 3.682 já

⁶³ Em 2000, líderes de 191 nações se reuniram na Cúpula do Milênio, realizada em Nova York (EUA), para oficializar um pacto que estabelecia oito metas para tornar o mundo mais justo até 2015. O acordo ficou conhecido como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

contavam com equipes de saúde da família, sendo acompanhados mais de 43 milhões de habitantes (25,4% da população). Apesar do avanço, persiste o fio condutor clássico de se viabilizar as políticas de saúde, especialmente a AB, por meio do financiamento. Ou seja, é o **incentivo financeiro** que continua determinando o crescimento da cobertura da AB (MARQUES; MENDES, 2002).

Até o momento, a APS permanece encerrada ao primeiro nível de atenção e à porta de entrada, sem considerar sua centralidade no sistema de saúde, presa à política setorial da saúde, consubstanciando a tese do “pacote básico de serviços”. Por mais que se divulgue que se trata de uma atenção ampliada, aparentemente persiste uma interpretação reducionista do conceito de APS, através da oferta de uma APS seletiva à população.

Quanto a porta de entrada, analisa-se que as UBSs não foram definidas tradicionalmente/legalmente como portas de entrada obrigatórias para o sistema de saúde no país, mas no que se refere à AB, a **pretensão** é que esta seja a porta de entrada preferencial. Ou seja, não há uma definição clara da porta de entrada ou que ações serão por ela desenvolvidas, tendo em vista que os serviços de primeiro contato podem ser tanto unidades e centros de saúde, serviços especializados prestados em ambulatórios de hospitais, policlínicas e serviços de emergência. Isso configura que os serviços de primeiro contato são diversificados, mas não significa que necessariamente sejam considerados serviços de APS. Com isso, fica evidenciado que não há integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde brasileiro, que a estrutura da oferta e produção dos serviços é fragmentada e que o tipo de serviço procurado varia conforme a renda da população e que não há um sistema de referência e contra-referência estabelecido de fato, apesar de preconizado nos documentos analisados e o que compromete a integralidade e a continuidade nos cuidados à saúde.

Parece que a intenção desse Manual é deixar explícito que basta a ampliação da cobertura para a consolidação da mudança no modelo hegemônico (médico-centrado), quase que “por milagre”, através unicamente da proposta da ESF, com o agravante de que já foi reconhecido que a organização da atenção à saúde é um eixo complexo do sistema de saúde (BRASIL, 2003a). E, este, apesar de pontuar o desafio das equipes de saúde da família em assumir a atenção continuada e

resolutiva, contrariamente, reafirma a necessidade de se utilizar racionalmente os recursos de maior complexidade. Retira-se do governo a responsabilidade de uma mudança que é complexa, pois não envolve apenas o setor saúde e a recoloca sobre os “ombros” de uma equipe, incapaz de promover isoladamente a reversão do atual modelo (em nenhum momento é mencionado o modelo sanitarista, que se insere na saúde pública. É como se ele não existisse, mas é o modelo defendido pela Reforma Sanitária. Será uma estratégia falar somente do modelo médico-centrado?).

Percebe-se que a publicação desse Manual é posterior à mudança de nomenclatura de programa para estratégia. Isso demonstra que no interior do MS continua a persistir uma inconsistência quanto à utilização da terminologia PSF e ESF, pois ambas são utilizadas aleatoriamente nos documentos, o que pode ocasionar confusão. Ou, pode-se entender que a Estratégia é operacionalizada pelo Programa em si, principalmente ao considerar que na prática, é o uso da expressão PSF que predomina.

Nesse documento aparecem os princípios da promoção da saúde e a necessidade de uma ação intersetorial, considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada. Porém, não há uma especificação de como as equipes farão a promoção e não são estabelecidos parâmetros para a intersetorialidade. Analisa-se que as equipes sozinhas não têm como promover a articulação entre o setor saúde e demais setores da sociedade, até porque não possuem expressividade no âmbito político e econômico para tal. Ou seja, a intersetorialidade também se torna uma ação pontual a ser desenvolvida pelas equipes de saúde, descaracterizando o sentido de totalidade que deve envolver as ações de saúde e a própria intersetorialidade.

Cabe aqui ainda uma outra dimensão no debate da intersetorialidade: reduzida à dimensão operativa – articulação entre setores, onde sua inclusão é esvaziada de sua dimensão política, gerando a ilusão de que sua operacionalização ocorre através da ação entre o setor saúde e demais setores passando unicamente pela vontade dos técnicos (ABREU, 2009). Esse argumento, esvaziado de conflitos, mascara uma questão real e cotidiana a todos nós – o caráter setorializado, hierarquizado e burocratizado dos setores que atuam na esfera do processo saúde-

doença. Outra dimensão são as diferentes concepções sobre quais são os problemas que requerem ações intersetoriais, como estas devem ser desenvolvidas e por quais sujeitos.

Em que pese essas incongruências, em 2002 o Brasil já contava com 16.463 equipes, em 4.161 municípios, assistindo 54 milhões de pessoas. Em 2003 já atendia 55,7 milhões de pessoas, 16.960 equipes e uma cobertura que chega a 75% das cidades do país. Tal crescimento pode estar associado ao fato de o BM estar financiando a ESF, através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Se o próprio Banco está financiando a ESF é que esta atende aos seus interesses privados na área da saúde, o que fortalece a idéia de que a APS continua a ser operacionalizada de forma seletiva. Entretanto, permanecem as acentuadas desigualdades regionais de cobertura. Enquanto no total do país os estabelecimentos de menor complexidade respondem por 49,3% do atendimento ambulatorial, na Região Norte são 76,5%, seguindo-se a Região Nordeste com 69,7%. No outro extremo, a Região Sudeste, onde os estabelecimentos de menor complexidade respondem por somente 26,7% dos atendimentos realizados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Isso aponta que a prioridade federal não está consolidada. No espaço dos serviços de saúde há muito mais quantidade que qualidade, sem a capacidade, ainda, de abalar a força do modelo flexneriano vigente (as próprias representações da população e profissionais de saúde ainda são fortemente dominadas por essa ideologia e significam uma opção muito forte pela medicina curativa e pela atenção às condições agudas). No espaço corporativo há poucos profissionais com especialização em saúde da família mesmo em relação ao número de equipes de saúde já funcionando, bem como insuficiente certificação das especialidades em saúde da família e pouco reconhecimento dos pares aos profissionais de saúde da família (MENDES, 2002). Outro fator preponderante é a alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família, principalmente os médicos, o que pode comprometer a longitudinalidade, pois os profissionais não têm tempo nem de conhecer as necessidades dos usuários adscritos no território, bem como os usuários também não conseguem estabelecer vínculos com esses profissionais (ARAÚJO, 2005).

Apesar de a ESF ser uma tentativa de inversão do modelo vigente, oneroso e pouco resolutivo frente aos reais problemas de saúde da população, não consegue superá-lo. Ficou evidenciado também, que a demanda espontânea ainda é a indutora das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família e que o excesso da procura leva a uma sobrecarga de seus componentes, os quais se dedicam quase somente à resolução de problemas de ordem curativa e, mesmo assim, com a qualidade aquém do nível que os próprios profissionais desejam (CRUZ, 2007).

Cruz (2007) evidencia ainda que o desenvolvimento das atividades de atenção das equipes de saúde da família caracteriza-se pela excessiva divisão de trabalho e fragilidade no referenciamento para os níveis secundário e terciário da atenção. Ou seja, as equipes continuam realizando atividades já existentes anteriormente à ESF, em diferentes programas do MS, que agora são inseridas e condensadas na ESF, dificultando o reconhecimento de suas diretrizes. Os profissionais afirmam que é um desafio rever suas práticas diante do novo paradigma social da saúde proposto pela mudança e que ainda não conseguiram incorporar o novo modelo de promoção da saúde, o que deveria ser seu fundamento mais forte, continuando a concentrar sua atenção nas atividades de prevenção enquadradas nos eixos considerados prioritários pelo MS (crianças, gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas), sendo que não se percebem capazes de interferir em níveis de decisão superiores para a discussão da integralidade das ações. Inclusive, as prioridades e campanhas determinadas de maneira verticalizada pelo MS competem com as iniciativas locais, sendo que nos municípios continuam acontecendo intervenções políticas e práticas clientelistas (ARAÚJO, 2005).

As famílias não são percebidas em sua totalidade e são culpabilizadas por sua condição de saúde, onde os aspectos culturais não são considerados como fatores para o adoecimento. Ademais, a equipe não possui profissionais com formação na área social, sendo que a lógica do atendimento continua centrada no médico e na cura, não tendo condições para atender questões referentes a outras áreas de conhecimento, pois sua formação não abrange conteúdos teórico-metodológicos que complementem os aspectos clínicos e epidemiológicos de seu saber, prejudicando o aspecto social, considerado importante para o reconhecimento dos problemas de saúde da população (HOFFMANN, 2007).

Araújo (2005) também aborda a complexidade engendrada quando o que se objetiva é uma alteração cultural na forma de se fazer saúde, pois

[...] embora os documentos oficiais do PSF insistam que ele não deve ser entendido como mais um dos 'programas' do MS institucionalizados ao longo dos anos, sob critérios epidemiológicos ou pragmáticos, como 'Programa de Saúde da Mulher', evidencia-se que a superação dessa visão programática é muito difícil. Para que as ações das equipes pudessem ser eleitas de acordo com a realidade de cada área, seriam necessários instrumentos de coleta de dados, planejamento estratégico, conhecimentos em epidemiologia e da realidade socioeconômica de cada local. Entretanto, boa parte das equipes não tem esses conhecimentos. Assim, as prioridades são generalizadas para todas as áreas: os hipertensos, os diabéticos, as gestantes e as crianças de zero a dois anos (ARAÚJO, 2005, p. 115).

Outra dificuldade é o trabalho com a comunidade, visto que a população ainda não compreende o verdadeiro sentido da participação e não visualiza a importância do espaço institucionalmente conquistado de controle social. Tampouco os profissionais de saúde conseguem perceber que a comunidade é uma parceira. Um fator agravante refere-se às formas de participação da comunidade, que são prescritas por legislação e paradoxalmente, esta se recusa a se comportar da maneira instituída nos planos e metas. Os usuários sentem que nem sempre são bem vindos quando procuram as unidades de serviço, que a atenção recai sobre aqueles que se enquadram em algumas das prioridades eleitas pelo MS, impossibilitando o acesso da comunidade ao atendimento e indicam a dificuldade de dar continuidade a um tratamento que exija ações mais sofisticadas, prejudicando o encaminhamento para as especialidades médicas, sendo necessário aguardar um tempo incompatível com a situação, e o ressentimento da população quanto a isso, o que diminui o poder de resolutividade da APS (ARAÚJO, 2005; SILVA, 2005; CRUZ, 2007).

Apesar desse contexto controverso, o MS continua com seu furor de expansão da ESF, através do PROESF, que representa atualmente a principal estratégia do MS para a organização e fortalecimento da AB no país via estratégia prioritária da ESF, com volume total de recursos de US\$ 550 milhões (50% financiado pelo BM e 50% em contrapartida do governo brasileiro), para os sete anos de vigência do Projeto, de 2002 a 2009 (CORBO; MOROSINI, 2005).

Os recursos destinam-se a auxiliar na implantação e consolidação da ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, na reestruturação das unidades e

equipes do programa, no aperfeiçoamento da gestão do sistema, na avaliação e monitoramento da AB e em estratégias de qualificação dos trabalhadores. Nesse contexto, a Estratégia se estendeu para as regiões Sul e Sudeste, buscando alcançar as cidades de grande porte (CORBO; MOROSINI, 2005).

Entretanto, nos municípios de maior porte ou com maior rede e complexidade de serviços instalados, há uma tendência de que a ESF se apresente como um programa paralelo para as populações mais carentes, o que ocorre devido às diferentes formas de sua implementação, com destaque para os seguintes tipos: 1) tipo substitutivo: adota a ESF onde a rede básica era inexistente e onde existia a rede básica, esta foi substituída pela ESF; 2) tipo misto ou paralelo: manteve as unidades de AB existentes funcionando e implementou a ESF onde havia carência de serviços na rede anterior. A forma como a ESF é implementada pelos gestores municipais na estrutura do sistema municipal pode torná-la marginal ao sistema, bem como pode indicar sobreposição de ações (HEIMANN; MENDONÇA, 2005), o que demonstra que existe certa confusão entre o que é AB e o que é a ESF, evidente nos seguintes questionamentos ainda sem respostas: como convivem as ESF e as unidades de AB já funcionando na rede de saúde? É possível superar o limite do pacote mínimo de ações e serviços da ESF, quando se chega ao nível máximo de cobertura desejável pelo programa? (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Esses fatores levam à compreensão de que a ESF está longe de ser uma estratégia. Ainda está entre a proposta de um programa para pobres e a estruturação de um nível de atenção – apesar de que a AB poderia expressar melhor uma estratégia de atenção se não fosse baseada nos níveis de complexidade – (MENDES, 2005).

Em 2003 é publicado o **Documento final da comissão de avaliação da AB** e uma nova definição desta é apresentada como

[...] um **conjunto de ações de saúde** que englobam a **promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação**. É desenvolvida através do **exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas**, sob a **forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados**, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o **contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde**. Orienta-se pelos **princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização,**

humanização, vínculo, equidade e participação social. A AB deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2003, p. 7).

Parece que ocorreu uma junção de tudo o que vinha sendo conceituado nos vários documentos analisados, homogeneizando os conceitos que apareciam nos documentos referentes a AB e a ESF, ficando difícil definir onde uma começa e a outra termina. Destaca-se nesse documento que a utilização de tecnologias de elevada complexidade (o que exige conhecimento) e baixa densidade (o que requer equipamentos simples) expressa que os técnicos em suas ações cotidianas devem além das **ações assistenciais, realizar ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos**, incluindo aqueles relativos **ao consumo de bens e serviços e as interações com os ambientes** de trabalho e de vida. Dessa forma, os profissionais que atuam nesse nível de atenção devem estar preparados para a identificação de riscos sanitários potenciais e danos à saúde da população de seu território, bem como saber agir de forma multidisciplinar e intersetorial. Para tanto, o conhecimento requerido amplia-se para além daquele ensino altamente especializado que historicamente tem marcado a formação dos profissionais de saúde.

Pela primeira vez, assumiu-se em um documento que a AB e a APS são sinônimas ao afirmar que

[...] a AB tem sido uma denominação adotada no país, especialmente no âmbito do SUS, para designar uma abordagem, que corresponderia ao que se tem chamado na literatura internacional de APS. Esta elaboração conceitual, no âmbito do SUS está relacionada à necessidade de **construção de uma identidade institucional própria**, capaz de estabelecer uma **ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção**, concepção esta que compreende a APS como a prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, apoiadas num padrão de assistência médica de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações (BRASIL, 2003, p.7).

Ou seja, desde 1993 (quando os documentos indicam que se inicia a discussão sobre a reorganização do modelo de atenção) até 2003 se passaram 10 anos, para só aí, ser assumido, mesmo que implicitamente que até o momento havia uma elaboração conceitual concreta da APS na perspectiva reducionista. Nesse

documento percebe-se, em relação ao documento de 1999, a preocupação em agregar ao conceito original (aquele que poderia dar margens à interpretações reducionistas da APS de 1999) elementos que ratificassem na teoria, um conceito abrangente de APS, mesmo que sua implementação dependa da adesão dos governos e da maneira como os princípios serão enunciados em práticas concretas realizadas nos distintos municípios brasileiros.

Nesse momento, o MS também assumiu a dificuldade de avaliação da AB e a necessidade de resgatar as dimensões político-institucional, organizacional e as práticas propriamente ditas nesse processo (BRASIL, 2003). Isso demonstra que as avaliações até aqui realizadas não evidenciaram a eficácia da AB e sua capacidade de reverter o modelo de atenção vigente.

O documento explicita ainda a necessidade de construção de consensos em torno de uma elaboração conceitual de AB que seja compartilhada no interior do MS e com as demais esferas do governo, o que confirma que a AB ainda não era hegemônica (sobre a comunidade e a população, nenhuma palavra). Aponta que existe uma distância que separa a concepção e o que vem sendo exercido na prática dos serviços de saúde e quais os fatores que ainda a estão obstaculizando (BRASIL, 2003), indicando a fragilidade da APS no Brasil.

O ano de 2003 é ainda um ano significativo, pois é o ano em que Lula, do Partido dos Trabalhadores (PT), assumiu a presidência. A expectativa societária era pela retomada dos princípios constitucionais e do SUS, consubstanciados pela Reforma Sanitária. Entretanto, a equipe de Governo anunciou a expansão da AB e da ESF, sem indicar de que maneira enfrentaria a segmentação do sistema de saúde brasileiro. O atual governo continuou seguindo a ótica neoliberalizante herdada do governo anterior, articulado ao mercado, fato percebido nas sérias limitações orçamentárias do setor (BRAVO, 2006).

Segundo Teixeira e Paim (2005), o novo governo estabeleceu um elenco de diretrizes:

- 1) Ampliação e melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, com qualidade e humanização;
- 2) Combate à fome e atendimento às carências nutricionais;

- 3) Atenção à saúde da criança, da mulher e do idoso, prevenção, controle e assistência aos portadores de DST e AIDS;
- 4) Controle da dengue e outras doenças endêmicas e epidêmicas, combate a endemias e doenças transmitidas por vetores (prioridade para a dengue e a malária);
- 5) Garantia do acesso da população a medicamentos;
- 6) Qualificação dos trabalhadores do SUS.

Embora a limitação de recursos orçamentários não permitisse assegurar a suficiência de muitas dessas medidas em relação às necessidades insatisfeitas acumuladas, elas apontavam certa direcionalidade da política. Nesse sentido – a redefinição do modelo de atenção e a busca de acesso universal e integral dos serviços de saúde –, iniciava-se mediante a reorganização da AB articulada à Vigilância em Saúde e à atenção especializada (TEIXEIRA; PAIM, 2005, p. 274).

Apesar disso, o atual governo, pelas suas ações, tem mantido a polarização entre os dois projetos – privatista e da Reforma (BRAVO, 2006).

Como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressaltam-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização de recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade no PSF, sem alterá-lo significativamente para que se transforme em estratégia de reorganização da AB em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes (BRAVO, 2006, p. 104).

Dentre esses aspectos, o mais grave é a questão do desfinanciamento (BRAVO, 2006), tanto que ocorreram divergências na condução política do MS quanto aos mecanismos de transferência financeira, a regionalização e a responsabilização sanitária (PASCHÉ et al, 2006). Foi um período em que

[...] o MS adotou uma série de medidas incrementais, como a correção do repasse do piso de AB, o aumento dos valores financeiros das equipes de saúde da família e o estímulo à implantação de novas equipes incluindo as de saúde bucal. No ano de 2003 foram implantadas 2,4 mil novas equipes, que passaram a somar 19.000 em todo o país. O PSF estava presente, em fevereiro de 2005, em 4.590 municípios brasileiros, com 21.391 equipes que atendiam cerca de 69 milhões de pessoas (39% da população do país). Além dessas medidas, houve uma série de incrementos nos gastos com a atenção de média e alta complexidade. Outras políticas e iniciativas importantes foram adotadas nesse período, entre as quais cabe destacar a elaboração do Plano Nacional de Saúde; o Programa Farmácia Popular; a política nacional de humanização da atenção e gestão dos serviços de saúde; a criação do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a

política de educação permanente do SUS; o início das discussões em torno da avaliação de desempenho do SUS e a elaboração do plano nacional diretor de investimentos (PASCHE et al., 2006, p. 420).

Mas o governo já não parecia ter o mesmo ímpeto para iniciar processos e projetos (com exceção da Reforma Psiquiátrica), restando para a saúde conformar-se com as iniciativas de grande apelo publicitário, tais como o Programa Brasil Sorridente, a Farmácia Popular e o SAMU (TEIXEIRA; PAIM, 2005). Enquanto o SUS enfrentava dificuldades, o Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS) ganhou ânimo novo durante o governo Lula. Um dos feitos mais significativos da gestão Lula foi a ampliação da cobertura da ESF e, apesar do conjunto de ações produzidas pelo MS, percebe-se uma valorização de aspectos que privilegiavam o modelo médico hegemônico (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

Do balanço mais geral, fica a impressão de um governo sem fisionomia, sem coluna vertebral, caracterizado pela rendição à política econômica neoliberal e pela implementação de um conjunto de medidas de cunho populista, configurando uma situação apoiada pelos extremos da sociedade brasileira, únicos a se beneficiarem com a manutenção dessa situação, além dos quadros partidários que se deslumbraram com o exercício do poder e suas benesses: de um lado, os banqueiros, ínfima minoria de privilegiados, e, do outro, a massa de miseráveis que continua apostando em Lula por agradecimento às migalhas recebidas por meio das políticas assistencialistas (TEIXEIRA; PAIM, 2005, p. 282).

Em meio a esse panorama desfavorável à saúde, em 2005 foram firmados os **Pactos em Defesa do SUS, da Vida e de Gestão**, considerados um avanço, compondo uma “**agenda de compromisso pela saúde**” englobando iniciativas que visavam a correção de distorções e contradições buscando a aproximação do SUS real ao SUS inscrito na legislação, como por exemplo, a qualificação dos processos de gestão. No âmbito do discurso, isso indicava que estava em curso um processo político que visava reafirmar o SUS como política de Estado (PASCHE et al., 2006, p. 421).

Em 2006, época de transição para o segundo mandato de Lula, os **Pactos** foram publicados e registraram o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, visando superar a fragmentação das políticas e programas de saúde **por meio da organização de uma rede regionalizada, em nome da efetividade, eficiência e qualidade do acesso** (o que demonstra que o Governo Lula também

estava afinado com o discurso do BM). As prioridades pactuadas foram: 1) saúde do idoso, 2) controle do câncer do colo do útero e da mama, 3) redução da mortalidade infantil e materna, 4) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, 5) promoção da saúde e 6) **fortalecimento da AB por meio da ESF** como estratégia prioritária para o fortalecimento da AB (BRASIL, 2006c).

Entre as prioridades elencadas, a redução da mortalidade infantil e materna requer uma reflexão. Nesse item cabem um alento e uma indignação. Ao mesmo tempo em que se registrou uma redução drástica da mortalidade infantil, esse indicador permanece inaceitável. De 1992 para 1999, a mortalidade infantil no Brasil caiu mais de 20%, passando de 44,3% para 34,6%. Dados publicados em 2006 mostram que a ESF teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil, no período de 1991 a 2002. Para cada aumento de 10% da cobertura da Estratégia a mortalidade infantil caiu 4,5%. Apesar da queda expressiva no período, a mortalidade infantil ainda é alta se comparada a outros países (**Brasil: 23,6**; Argentina: 16,5; Chile: 7,8; Cuba: 5,8; México: 19,7; Peru: 33,4) (BRASIL, 2009a). Há ainda uma grande perversidade nesses números – a desigualdade entre regiões (no Sul o índice é diametralmente diferente do da região Norte e Nordeste). Repetindo o discurso do Ministro da Saúde no Congresso Mundial de Saúde pública ocorrido na Turquia em 2009: “é inaceitável essas mortes, pois são evitáveis.”

Dentro da AB, as estratégias específicas são: **ESF**, ACS, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais (que considera as dimensões geográficas do país, as especificidades de cada região, estado e município e as dificuldades enfrentadas pelos gestores, tornando-se necessárias intervenções específicas para melhorar a qualidade e resolutividade da AB), Fator de Incentivo da AB aos Povos Indígenas e Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2006c). O documento deixa bem claro que a **prioridade é consolidar e qualificar a ESF como modelo de AB** e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Isso pressupõe a existência de redes de atenção à saúde. Porém, como já assinalado anteriormente, são poucos os municípios que conseguiram realizar seus serviços em rede, através da organização de centrais de regulação e marcação de consultas, com os serviços especializados agendados pela unidade básica que os encaminhou, reduzindo as barreiras de acesso dos usuários à média e alta

complexidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Porém, considera-se que a redução das barreiras, não é o mesmo que assegurar o acesso efetivo às ações e serviços de saúde. Retoma-se aqui o foco de Santos: cedem-se os anéis mas não se assegura que também não se percam os dedos.

Observa-se que nesse documento ocorre a separação entre a Promoção da Saúde e a AB, bem como a priorização em uma única estratégia específica para fortalecê-la. Minha dúvida é: porque pactuar prioridades, se a ênfase recai na ESF para consolidar a AB e esta por sua vez, tem suas próprias estratégias pactuadas? Se a AB está sendo reduzida à ESF, como esta vai dar conta de suas próprias estratégias mais as prioridades pactuadas, inclusive a Promoção da Saúde? O MS não justifica essa separação. Lembrando que a Promoção foi uma das prioridades pactuadas, separadamente da AB. Se esta é sinônimo de APS e a Promoção da Saúde é seu pilar fundamental, porque essa fragmentação ocorreu no interior dos documentos publicados pelo MS? Analisa-se ainda que se a AB foi reduzida à ESF, a Promoção também não se encontra entre suas estratégias. Não seria um modo de subsumir a Promoção dentro da ESF? Paralelamente, o sistema de saúde continua fragmentado, sem compreender a amplitude da APS, priorizando uma série de ações que as equipes de saúde da família não irão dar conta de resolver, principalmente se presas aos umbrais da USF. Parece que a intenção do MS é justamente confundir e não elucidar.

É o que acontece com a publicação da **Política Nacional de Promoção da Saúde** compreendida

[...] **como estratégia de articulação transversal**, na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006b, p. 12).

Note-se ainda que o próprio MS, nesse documento, afirma que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desvinculada das necessidades da população, que é necessário também reduzir a sobreposição de ações para aumentar a **eficiência e efetividade**, utilizando melhor os recursos públicos. Ou seja, o MS reconhece suas dificuldades, mas promove um discurso ambíguo e contraditório, por

meio de uma fragmentação normativa, comprometendo a própria compreensão do tema em todas as instâncias de gestão do SUS.

Nesse mesmo documento, o MS reconhece também a necessidade de construção de consensos no que tange à Promoção criando uma estreita relação com a Vigilância em Saúde (VISA), cujo desafio, por sua vez, é operar estratégias mais amplas, associadas à primeira. Porém, um grupo de trabalho instituído pela VISA e nomeado “Categorização das ações de Vigilância Sanitária”, ao contextualizar as suas ações com as demais ações de saúde, afirma a necessidade de tradução do conceito de AB e mais especificamente, a inserção da VISA na AB, considerando-se que aquela não se limita a essa (BRASIL, 2005). Ao contrário, são ações que ultrapassam a UBS/USF, devendo ser considerados como AB todas as ações e serviços realizados pela Vigilância Sanitária e Epidemiológica e pelo controle de vetores. Também as ações e serviços não hospitalares de controle de doenças devem ser incluídos no campo da AB. Entretanto, em todos os documentos analisados esses elementos não aparecem elucidados nos discursos. Vez ou outra são mencionadas as Vigilância em Saúde e Epidemiológica, mas sua importância para a operacionalização da AB não é assinalada, bem como não fica esclarecido como a AB irá desenvolver ações de Vigilância, apenas com equipes mínimas, ainda presas às unidades básicas. A impressão é que são ações desenvolvidas paralelamente, inclusive a Promoção da Saúde, apesar de em outros momentos ficar explícito que a organização dos serviços de AB **é fortemente orientada para as ações de promoção e prevenção em saúde**, visando romper com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar através da ESF.

Salienta-se que em nenhum documento analisado fica clara a relação dos serviços da AB com os demais níveis de atenção, o que demonstra a falta de integração de um nível com o outro, totalmente desarticulados dentro do sistema e pouco sensíveis à demanda oriunda da AB, sem devolução programada às equipes de saúde, sendo que estas é que ficaram responsáveis pela garantia da integralidade do cuidado e sua continuidade efetiva. Ou seja, a articulação entre as demandas decorrentes da programação de AB e as programações de média e alta complexidade, bem como a programação da VISA não é efetivada.

Apesar disso, a cobertura da ESF continua sendo ampliada. Se em 2004 havia 21,3 mil equipes de saúde da família, em 4,6 mil municípios, com cobertura populacional de 39% da população brasileira, cerca de 69,1 milhões de pessoas, em 2005 o número de equipes de saúde da família era de 24.600, presentes em 4.986 municípios, com cobertura de 44,4% da população, ou seja, cerca de 78,6 milhões de pessoas. Em 2006 o número de equipes de saúde da família alcançou o patamar de 26.729 equipes, em 5.106 municípios, com cobertura populacional de 46,2% da população, cerca de 85,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2009).

Dados do MS demonstram que a evolução da cobertura da ESF, em um grupo de 187 municípios alcançou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no primeiro ano de implantação (2004) do PROESF, mas, apesar das dificuldades observadas nos anos seguintes, manteve-se a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada (BRASIL, 2009). Tudo isso ocorreu sem que houvesse mudanças estruturais e na rede de serviços, que continua fragmentada e segmentada em níveis de atenção. Em que pese essas divergências, o Governo Federal, no que se refere à política de saúde, afirma que o ano de 2006 tem a marca da maturidade para a AB (e nesse sentido, aponta a maturidade para a ESF).

Mesmo ano em que é publicado o Caderno de Atenção Básica nº 17, sob o título de **Saúde Bucal**, o qual mantém o conceito de AB defendido no documento de 2003. É o segundo documento a explicitar que a APS e a AB são sinônimas, reafirmado de que a ESF é a estratégia prioritária para a reorganização da AB, desta vez salientando que a Promoção da Saúde é aspecto fundamental para a efetivação da AB (mas aquela está diminuída no Pacto. Talvez por isso tenha sido publicada a Política Nacional de Promoção, em paralelo, no mesmo ano). **O surgimento do documento está associado à necessidade de se construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado à saúde na AB** como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS, reconhecendo que o fortalecimento da AB está relacionado à efetivação do SUS. O Ministério afirma que é uma necessidade – dele MS –, em seu processo de

organização do cuidado, de definir uma referência. Não há aqui necessidades da população, pois essa não aparece representada.

Por fim, em 2007, início do segundo mandato de Lula, foi publicada a **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, com a redefinição dos princípios gerais e responsabilidades de cada esfera do governo, incluindo as especificidades da ESF. A PNAB mantém o conceito de AB dos documentos de 2003 e 2006. Menciona que a AB é a **porta de entrada preferencial** (reconhecendo a existência de outras portas de entrada) do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. As áreas estratégicas para a operacionalização da AB em todo o território nacional são: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (tratada transversalmente). Tais estratégias são diferentes das estratégias presentes no Pacto (só a saúde bucal continua igual). Além de suprir as especificidades da AB, o documento exprime que a ESF deve **ter caráter substitutivo em relação à rede de AB**. Ou seja, o MS assume que a ESF substitui a AB, apesar de caracterizar em separado o processo de trabalho das equipes de AB e saúde da família e de co-existirem na prática, unidades de AB e USF. Na concepção dessa Política, a AB é o **primeiro nível do sistema de saúde** e a ESF, o meio para sua organização (BRASIL, 2007).

Comparando com o documento de 1999 esse conceito avançou, agregando a especificidade do trabalho em equipe, o processo de trabalho, a territorialização, a adscrição da clientela, princípios que respondem praticamente ao mesmo conceito de APS adotado em Alma-Ata⁶⁴ e que contém elementos da APS renovada defendida pela OPAS/OMS. Isso é percebido em seus fundamentos (BRASIL, 2007):

⁶⁴ **A Atenção Primária de Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis**, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem suportar, em todas e em cada uma das etapas do seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. **A Atenção Primária forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde**, do que constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. **Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde**, levando o mais perto possível a atenção à saúde ao lugar onde as pessoas residem e trabalham, **constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978, p. 3-4)**. Relembrando que esse conceito já foi apresentado no Capítulo III.

- 1) possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, **caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde**, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- 2) **efetivar a integralidade** em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- 3) **desenvolver relações de vínculo e responsabilização** entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- 4) **valorizar os profissionais de saúde** por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- 5) **realizar a avaliação e acompanhamento sistemático** dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- 6) **estimular a participação popular e o controle social.**

Segundo o MS, a PNAB apresenta uma criteriosa revisão e adequação dos documentos normativos que expressam o amadurecimento e o fortalecimento da AB no Brasil, e representa a incorporação dos princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde, entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS, expresso nas dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2007). Aparentemente também consubstancia os Objetivos do Milênio, descritos anteriormente. Mesmo assim, segue a dúvida em relação a utilização das terminologias AB e ESF e apesar de conceitualmente se tratar de uma APS abrangente, percebe-se a redução da mesma à AB (ou ESF), continuando sua caracterização como APS seletiva.

O documento denominado **Atenção Primária e Promoção da Saúde** (BRASIL, 2007a) afirma que o Brasil criou uma terminologia própria – a AB – para definir APS e alerta que existe consenso no MS de que aquela é sinônima desta. É o primeiro documento em que são feitas algumas problematizações acerca desse binômio, por

meio de discussões entre os secretários estaduais de saúde. Isso indica que o debate em torno da AB/APS não está encerrado, principalmente por se tratar de uma discussão encetada pelos gestores da política de saúde. Nesse documento, fica premente a necessidade de estar reafirmando constantemente que a APS utilizada no Brasil não é seletiva.

Segundo o CONASS, nos anos 1980, a APS, no país, assumiu um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde. Motivo pelo qual, o MS passou a utilizar o termo AB para designar APS, o que se apresentou como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da ESF (aqui confundida com a AB e também sinônima de APS) e a APS interpretada como política de focalização e atenção primitiva à saúde – em outras palavras, os secretários estão dizendo que o MS não quer que a ESF seja relacionada a uma APS seletiva e focalizada – (BRASIL, 2007a). Há aqui uma crítica e uma solução.

Esta é uma discussão condizente com o contexto político-econômico, de privatizações, de programas sociais focalizados, de cortes nos gastos públicos, de desmonte do Estado, agregada à crise de credibilidade do mesmo, das instituições e políticos, sem passar para a população a impressão de desmonte de direitos sociais, arduamente conquistados em 1988. Por isso, o Brasil, em termos discursivos, passou a utilizar o termo AB para designar a APS buscando diferenciar as políticas propostas pelo Movimento Sanitário e distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos como hegemônicos pelo BM nas décadas de 1980/90. Assim, gradativamente, a terminologia APS foi substituída pela AB, como um contraponto ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI/BM para os países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A AB é uma terminologia recente no campo das políticas de saúde brasileira e seu surgimento está atrelado a um contexto de crise e ajustes iniciados no Governo FHC. Logo, é um termo específico e usualmente não encontra-se vinculado à idéia

de APS fora do Brasil. Como uma designação essencialmente brasileira, a AB incorpora a abordagem da APS, todavia, longe de construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção.

O argumento aqui estrutura o pólo ideal – políticas propostas pelo movimento pela Reforma Sanitária e um pólo negativo – (que pretensamente queria negar) propostas pelo BM. Ao se fazer essa polarização se perde a dimensão do direito à saúde, reduzida a uma mudança de terminologia, que por si só, nada significa pois não dá conta do complexo contexto onde se insere a política de saúde. Contraditoriamente reafirma aquilo que quer negar. Ao negar o outro, perde-se de vista que nessa negação deixa-se de enxergar o caminho contraditório. Aqui a máxima de Sader se apresenta como adequada: no Brasil tudo muda para tudo continuar igual! E como já comentado, entre a intenção, o gesto e as legislações publicadas e a implementação real das políticas, sempre ocorre defasagem e diferenciação. Desmonta-se o idealizado consenso defendido pelo em torno da AB.

Por isso, irei aqui concordar com Narvai (2005), defendendo a necessidade de desconstruir a semântica da palavra AB. Primeiramente, há várias dificuldades para lidar com o assunto, pois ‘atenção’ é termo polissêmico (que pode significar cuidado ou assistência, logo não está vinculado a um nível específico); ‘básico’ (pode significar nivelar por baixo, trabalho não complexo e simplificado) e não explica muita coisa; e ‘saúde’ (que no campo acadêmico é uma definição em aberto, mas em termos práticos e operativos é uma das dimensões de um processo complexo, onde a saúde é resultante de uma trama de fatores e relações que dependem das condições gerais da existência para sua manutenção) é palavra que, desde sua definição pela OMS tem se prestado a produzir mais calor que luz.

Além disso, para além da terminologia empregada, há o reconhecimento de que as próprias concepções e práticas de APS ainda hoje variam de “assistência pobre para pobres”, a “base para qualquer reforma de um sistema de saúde”, ou “a chave para alcançar a saúde para todos.” Essas são falas apresentadas por Vuori no 2º Seminário Internacional da Atenção Primária (e não AB), realizada em Fortaleza, no Ceará, em 2004 (BRASIL, 2007a).

Se consideradas essas variações, identifica-se nos municípios brasileiros uma enorme gama de práticas sob a designação de AB (o documento do CONASS não menciona o nome das experiências) e mesmo considerando uma AB discursivamente ampliada, abrangente e inclusiva, nos moldes propostos pelos documentos oficiais, em alguns locais, na prática, dadas suas próprias especificidades, a APS focalizada ou excludente continua acontecendo no país (BRASIL, 2007a). Essa é uma constatação dos próprios secretários de saúde, que estão mais próximos à operacionalização das políticas de saúde. Não é um reconhecimento feito pelos técnicos do MS. Mesmo assim, foi observado o cuidado dos secretários para nominar a atual AB como ampliada.

O CONASS não nega as diferentes interpretações da abrangência e do escopo da APS nos diversos países e continentes, sua complexidade conceitual e sua evolução. Tal polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional. Entretanto, o Brasil, ao assumir a AB como sinônimo de APS, não deveria ultrapassar essa polissemia, principalmente se a AB é terminologia própria do país? Mas, o que se observa é que ambas continuam sendo utilizadas, apesar do cuidado do MS em seus documentos oficiais, a partir da NOB-SUS 01/96, em manter a nomenclatura AB. Cuidado que os secretários de estado da saúde não tiveram, pois o documento produzido pelo CONASS as menciona constantemente, apesar de ter sido feito um alerta inicial de que iriam utilizar a terminologia APS, para afinar-se ao contexto internacional, quando contraditoriamente afirmam que a utilização da terminologia AB é para diferenciá-la das propostas de APS reducionistas que ocorrem no mundo. Não seria justamente porque ocorre a utilização reducionista da APS no país? Como explicar essa divergência conceitual? Por que utilizar uma expressão diferente quando essa é uma expressão única no mundo?

Essas divergências, provavelmente, podem ser associadas ao fato de os documentos analisados restringirem sua intervenção à AB, limitando sua atuação aos problemas priorizados e não enfocando a gestão do sistema em sua totalidade. Em suma, não há um combate frontal ao modelo médico hegemônico. Ademais, a AB, a ESF e o processo de trabalho das equipes de saúde da família são fortemente normalizados em nível central, com um formato único para o país, minimizando-se

as diferenças locais, desprezando o atendimento à demanda espontânea, como se o referenciamento e a adscrição da população pela equipe de saúde conseguissem responder pela totalidade das necessidades de atenção à saúde dos usuários, além de uma mistificação do médico generalista, como se essa “especialidade” médica conseguisse implementar novas práticas de saúde junto à população.

Cabe ainda lembrar Viana e Dal Poz (2005), que caracterizam o momento da institucionalização da ESF como um período de “vazio programático”, quando as três esferas do governo não apresentavam nenhuma proposta mais acabada para a APS. Então, a ESF assumiu essa característica.

A afirmação da análise feita por esses autores pode ser verificada no comportamento circular dos documentos estudados, que recorrentemente buscam os conceitos e as bases norteadoras de propostas formuladas anteriormente e não conseguem romper com o modelo assistencial hegemônico. Ou seja, possuem uma baixa densidade política, pois não conseguem realizar mudanças nas relações sociais e nas práticas sanitárias. São documentos que essencialmente não questionam os determinantes do processo saúde-doença e não propõem uma política de atenção que totaliza a integralidade da atenção – ficando presos à AB, que por sua vez, pode estar presa à extensão da cobertura, que por sua vez, pode consubstanciar um subsistema de atenção aos pobres, indicando uma afinidade com as sugestões do BM (NOGUEIRA, 2002).

Entretanto, por um caminho distinto, o Plano de Governo 2007-2010 divulgado pelo candidato Lula ao seu segundo mandato apresentava as seguintes proposições para a saúde:

Fortalecer a gestão do SUS, pública e democrática, com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção; organizar as ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde, universalizar o cartão SUS [...]; **assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de AB**, por meio das equipes de saúde da família e das UBS; criar os Centros de Atendimento Especializados de média complexidade [...]; manter a prioridade ao Programa Brasil sorridente, ampliando a rede de Centros de Especialidades Odontológicas do país; apoiar estados e municípios na criação de Centrais de Regulação [...]; ampliar o SAMU [...]; dar continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica [...]; fortalecer e ampliar as ações preventivas das DSTs e da AIDS [...]; continuar as ações de modernização e ampliação da capacidade instalada e da produção dos Laboratórios Farmacêuticos

Oficiais [...]; fomentar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável, para a auto-suficiência na produção de matéria prima, de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos [...] (LULA PRESIDENTE, Plano de governo 2007-2010, 2006, p. 26-27).

A crítica de Paim (2007, p. 223) é contundente:

Nada de controle dos ‘planos de saúde’, **nada** sobre financiamento e investimentos, **nada** de trabalhadores de saúde, **nada** de vigilância sanitária, **nada** de proteção à saúde, **nada** de prevenção de doenças e riscos (exceto DST), **nada** de determinantes sociais da saúde, **nada** de ação intersetorial, **nada** de promoção da saúde, **nada** de ‘totalidade de mudanças’.

O uso repetido 10 vezes da palavra nada por Paim expressa a oposição àquilo que alguns segmentos da saúde esperavam – o avanço da agenda política da Reforma Sanitária – aqui expresso por seu oposto – tudo!

O que converge para as idéias de Aguiar (2003, p. 71) que conclui que “a proposta do BM para a saúde, agora interpretada como uma linha de execução da APS seletiva – converteu-se na proposta hegemônica em APS para a América Latina e o Caribe”, demarcando o contexto de hegemonia da proposta de tal organismo para a região. E, numa linha interpretativa já apontada anteriormente e em nome de uma política racionalizadora, esses países passam a utilizar, na maioria das vezes, apenas as oito recomendações mínimas para a constituição da APS (quando nem isso!)⁶⁵, que por si só, são insuficientes para efetivar e configurar um sistema de saúde com base na APS.

Concordo que os aspectos apontados acima reafirmam as conclusões de Giovanella (2008): o pólo democrático e participativo foi (ou está sendo) negligenciado ou abandonado pelas agências internacionais na difusão da APS e o pólo tecnocrático foi exarcebado (e está sendo), ocorrendo a racionalização das práticas e serviços de saúde. Mesmo que se reconheça sua efetividade, apenas a garantia da ‘cesta básica de serviços’ atenta contra o direito universal à saúde.

⁶⁵ Relembrando: são as ações de cuidados de saúde propriamente ditas, que abarcam um conjunto mais restrito: 1) **educação em saúde**; 2) **nutrição** apropriada; 3) provisão de **água de boa qualidade e saneamento básico**; 4) **saúde materno-infantil**, inclusive planejamento familiar; 5) **imunização** contra as principais doenças infecciosas; 6) **prevenção e controle** de doenças localmente endêmicas; 7) **tratamento apropriado** de doenças e lesões comuns e; 8) **fornecimento de medicamentos essenciais**. Rever Capítulo III.

Além disso, Vieira (1983) critica a proposição de um “modelo geral” de APS a ser adotado por diferentes países periféricos, preconizado nos discursos de organismos internacionais. Na prática, isso contribui para que a APS seja assimilada de forma acrítica pelos países receptores da ajuda externa, que se ajustam aos critérios propostos em prol dos empréstimos concedidos. Deve-se rejeitar a generalização da APS e eliminar o caráter mágico que a reveste, advindo do pensamento de que se deu certo em outro lugar – países centrais – também vai dar certo aqui. Por isso, é preciso que seus postulados sejam criticados e, diante da situação concreta de cada país, verificar se ela é pertinente ou não.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“-Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir para sair daqui? Perguntou Alice. - Isso depende muito de para onde queres ir – respondeu o gato” (Lewis Carroll, Alice no país das maravilhas).

Concluir um trabalho é sempre uma tarefa árdua. Um percurso de dois anos, recheado por percalços, surpresas, dúvidas, encantamento e desencantamento, são os elementos de um enredo que inter cruzou algo simples e complexo: APS e AB. A ousadia inscrita em meu problema de pesquisa – as dimensões ideológicas e políticas que formatam os discursos do MS sobre APS e AB – requer agora uma – ou muitas – respostas. Começamos então pelo começo: os discursos.

À primeira vista, parece que o olhar sobre o social independente de ideologias, valores, visões de mundo, posições de classe e políticas, não aparentando diferenças entre aqueles que são ou não defensores das transformações do capitalismo tardio e da valorização financeira da riqueza. Entretanto, tanto defensores quanto não defensores do atual ajuste neoliberal parecem compreender a necessidade de ampliação das políticas sociais no enfrentamento aos impactos da chamada globalização financeira. Porém isso fica restrito ao nível da aparência, pois a forma e o conteúdo sugeridos às políticas sociais são significativamente diversos, quando não opostos às reais necessidades da população (MARQUES; MENDES, 2005).

No plano do discurso, todos os “atores” envolvidos são defensores da manutenção e da ampliação das políticas sociais. Por isso, a discussão pública da concepção de proteção social garantida pelo Estado, principalmente no âmbito da saúde, é um processo extremamente difícil e pouco perceptível para a maioria da população. Isso porque a discussão ocorre, grande parte das vezes, baseada em aspectos pontuais, onde são propositadamente ocultos os princípios norteadores das análises e das propostas, bem como são desprezadas as relações de causalidade e a interdependência entre o social, o político e o econômico. Não é sem justificativa que

o grande público tenha dificuldades para acompanhar e assimilar a discussão dos “técnicos”, ficando alienado quanto às conseqüências que se derivam das diferentes propostas (RIZZOTTO, 2000).

Os discursos do MS são ambíguos e contraditórios e embora reafirmem os princípios do SUS enfatizando que é de responsabilidade do Estado prover a saúde pública, subjacente aos mesmos, verifica-se o papel indispensável do mercado na condução das políticas de saúde brasileira. Isto é, o setor privado não será substituído e as funções do Estado na saúde não serão ampliadas, indicando que o atual *mix* público/privado deve continuar. A impressão é que ao publicizar os documentos, seus conteúdos são esvaziados de teor político, o que pode levar a uma polarização entre a defesa intransigente do SUS *versus* os denominados “anti-SUS”. Nesse sentido, o processo de construção do SUS está sendo ameaçado, reduzido e banalizado a uma questão de operacionalização e mão-de-obra desqualificada e precarizada, numa inflexão das políticas de saúde no país, que em última instância significa o enfraquecimento das propostas da Reforma Sanitária (NOGUEIRA, 2002).

Em que pese a ampliação da cobertura proporcionada pela ESF, sua implantação é perpassada pelos problemas crônicos de saúde, que persistem e não podem ser menosprezados, pois são constantemente agravados pelas mudanças no perfil demográfico. Não se nega os avanços proporcionados pelas iniciativas ministeriais, mas se questiona porque a promoção à saúde e a prevenção de doenças são negligenciadas, quando em uma APS abrangente, a promoção é um fator preponderante para sua operacionalização. Além disso, apesar de no âmbito dos discursos, a ESF trabalhar com o princípio da Vigilância em Saúde, não consegue concretizá-lo. Outro fator essencial é que da maneira como estão colocadas a AB e a ESF, percebe-se que existe uma sobreposição de ações entre ambas. Compete ainda perguntar por que ocorre tanto paralelismo entre os documentos, ações e na própria estrutura organizacional do MS? Mesmo que a ESF seja defendida como preponderante para a mudança do atual paradigma vigente, passa a sensação de verticalidade e transitoriedade, o que é mascarado pela mudança de nomenclatura, que abrange a noção de transformação do modelo assistencial, logo, é visto com maior importância.

Outros elementos que se desvendam através dos discursos é que os municípios têm sua autonomia comprometida e não conseguem ofertar acesso universal, atenção integral, com incipiente resolutividade ou intersetorialidade, pois não há interface com outras políticas setoriais, visto que os municípios estão aprisionados na AB, ofertada insuficientemente, principalmente em decorrência de falta de recursos humanos e financeiros. Ademais, ocorre um planejamento de maneira centralizada que não leva em consideração as heterogeneidades de um país das dimensões do Brasil, sendo que todos os municípios, em prol de recursos, precisam cumprir as ações de modo homogêneo, quando são díspares entre si, o que afeta sobremaneira o modo como implementam suas ações de saúde e as dificuldades daí decorrentes.

Motivos estes que levam à indagação: como é possível assegurar a saúde, sem que ocorram transformações no modo de produção vigente, nas relações sociais e no jogo de forças prevalentes? (ARAÚJO, 2005). A instauração de uma nova forma de produzir conhecimentos não é capaz de promover por si só uma mudança, pois os conhecimentos só produzem mudanças quando produzem modificações ao nível das relações sociais ou quando promoverem a formação de uma nova forma de apreender o real nas relações concretas dos homens (AROUCA, 1975). O conceito de mudança, tantas vezes mencionado, procura demonstrar uma autonomia política do setor saúde, neutralizando o conjunto das relações sociais que determinam o setor e o próprio sujeito em suas ações, tratando-se de uma mudança que só existe na materialidade dos discursos, que possuem alta densidade ideológica (AROUCA, 1975).

Não são Leis, Portarias, Decretos, Cadernos, Manuais, Pactos ou o redirecionamento do dinheiro fundo a fundo que irão mudar a realidade dos problemas atuais que a saúde enfrenta. Minimamente não ocorreu sequer uma problematização sobre os outros níveis de atenção em relação à AB/ESF ou vice-versa. Ou seja, a não discussão do elo entre todos os níveis, nem a proposição de outra forma organizacional que colocasse a APS como central no sistema de saúde, pois se assim fosse, todos deveriam ser analisados conjuntamente. Ao contrário, a APS está sendo reduzida à ESF e esta, está sendo considerada como uma estratégia para reorganização do SUS a partir da AB. Ou seja, o SUS também está

sendo reduzido a uma estratégia, que ainda se confunde com um programa – o PSF. Ocorre uma defesa da ESF como proposta inovadora, conseqüentemente, a APS pode estar sendo interpretada como um programa. Evidencia-se assim a utilização de uma APS seletiva, mesmo que documentalmente sejam observados todos os princípios defendidos internacionalmente para uma APS abrangente, que orientou a configuração do SUS, assim, esse não pode ser traduzido apenas pela ESF. Não que ela não possa ser integrada aos SUS, visando articular os níveis de atenção à saúde, mas, isoladamente, pode ser configurada como um serviço e não uma política pública.

Isso tem implicações sobre a implantação da ESF, como a expansão e distribuição desiguais de recursos e acentuadas desigualdades regionais de cobertura, a fragmentação das ações, a falta de integração entre os níveis de atenção à saúde (o que compromete a referência e a contra-referência), a inserção precarizada dos profissionais, a sobreposição das ações da AB e ESF, a mera realização de tarefas por parte das equipes de saúde e o subfinanciamento. O que mudou? Hoje 110 milhões de pessoas são atendidas por ACSs e 87 milhões são atendidas por 27 mil equipes de saúde da família, algo impossível de ocorrer nos anos de ditadura e de uma assistência médica de caráter contributivo. O que não mudou? A perversa concentração de renda no Brasil, o que gera e propicia um quadro de iniquidades à saúde.

Dessa forma, a mudança propalada está se deslocando na direção de projetos racionalizadores de APS, constituindo-se no solo para a introdução da racionalidade da produção no interior da área da saúde (AROUCA, 1975). A possibilidade da construção de outro pensamento hegemônico é veiculada através das racionalidades identificadas com o paradigma da economia da saúde, como a **eficiência, eficácia, redução dos custos**, o uso de técnicas gerenciais e a prevalência de mecanismos de controle isentos da participação popular (NOGUEIRA, 2002). Nesse processo, a relação entre o setor público e o setor privado deve ser assinalada, devido ao atual caráter nada público do Estado, permanecendo a dicotomia entre saúde pública e assistência médica privada.

A saúde é um promissor mercado para a expansão do capital e a ampliação do setor privado, onde o Estado oferece serviços não lucrativos – como a atenção primária através de programas com efeitos impactantes para atingir o maior número de pessoas, com atenção focalizada nos mais pobres e custos reduzidos (relação custo-benefício das ações). Os dados apresentados sobre a expansão das equipes de saúde falam por si só: é uma estratégia eficiente para alavancar a cobertura populacional que o MS faz sempre questão de enfatizar, mas sem uma análise acerca da continuidade e do acesso para além da acessibilidade.

Isso demonstra que gradualmente a saúde está sendo condicionada ou subordinada às políticas de crescimento econômico, que está predominando sobre o social, ocorrendo assim, a chamada desresponsabilização do Estado, cuja contraface é a visibilidade na participação comunitária, mas não é uma participação no sentido de controle social, e sim de responsabilização individual das pessoas por suas condições de vida e saúde (RIZZOTTO, 2000). A família, nesse contexto, é trabalhada de forma fragmentada dividida por membros ou usuários problemas (criança, mulher, adolescente, idoso), mas como um todo, não recebe atenção, sendo redescoberta como um importante substitutivo privado do Estado na provisão de bens e serviços sociais básicos, ou seja, a família se torna um agente privado da proteção social (PEREIRA, 2007).

É o novo trato às questões sociais com um retorno ao passado, sob a ótica da precarização, da remercantilização e da refilantropização (a partir do Terceiro Setor). Ou seja, as políticas sociais estatais sofrem uma profunda reorientação política. Parafraseando Montaño: de “serviços estatais para pobres” a “pobres serviços estatais”, sem recursos, sem garantias e sem cobertura suficiente.

A equidade é parte dessa discussão, pois é um princípio presente em quase todos os documentos. Segundo Nogueira (2002) o conceito de igualdade no atendimento às necessidades de saúde da população transitou para a equidade no acesso aos bens e serviços de saúde em função das necessidades econômicas. Isso favorece seu uso estratégico para justificar as ações focalizadas, sob o argumento de beneficiar os segmentos populacionais que tem maior dificuldade de acesso por sua situação de pobreza. A agenda da luta por igualdade social é retirada do debate.

Todos esses elementos corroboram a idéia de que a documentação oficial analisada aponta para a existência de uma controvérsia acerca da atual interpretação da APS no país. Desde o período ditatorial assiste-se ao discurso da expansão da cobertura, mas até hoje não ocorreram mudanças significativas no modelo de atenção, em que pese o amplo leque de iniciativas intituladas de APS (PIASS, PREV-SAÚDE, CONASP, AIS, SUDS, SUS, DS, PSF, ESF e AB) verifica-se ainda um modelo centrado no modelo médico assistencial privatista.

Acredita-se que são iniciativas insuficientes para corrigir distorções históricas que a saúde enfrenta. Quanto a AB, é importante salientar a forma como ela emergiu nos documentos: associada ao financiamento. Isso tem uma clara orientação focal, priorizando a AB desarticulada dos demais níveis e de forma descentralizada, pois seria irracional descentralizar os serviços lucrativos dos níveis de maior complexidade, porém, não se pode esquecer o frágil processo de descentralização, numa moldura política com tendência centralizadora. Por isso a descentralização é sumamente importante para que o sistema de saúde tenha condições de melhor e mais rapidamente adaptar-se as mudanças relacionadas à desresponsabilização do Estado, a fragmentação e segmentação dos serviços de saúde. O MS, sabidamente, mesmo privilegiando a descentralização, criou estratégias de centralização financeira que o permitem continuar definindo quais são as políticas e as reformas de saúde que julgar adequadas e necessárias ao território nacional, como é o caso da AB/ESF (NOGUEIRA, 2002).

Nesse sentido, o discurso da escassez de recursos financeiros é um dos mais significativos para a aceitação a-crítica de programas focalizados e verticalizados, pois esconde a intenção oculta do MS, que é a preparação do terreno para a adesão aos programas de alto impacto e baixo custo. Tal procedimento tem uma dupla serventia: 1) afasta as críticas à qualidade precária dos programas adotados e ao seu reduzido investimento (os discursos mantêm a tônica da qualidade); e, 2) possibilita um atendimento mínimo à população (NOGUEIRA, 2002). A defesa do número total de sujeitos inseridos no Cad-Único da AB esconde o debate em torno do que é ofertado de atenção à saúde destes.

Os discursos, ao efetuarem uma crítica ao modelo médico hospitalocêntrico, defendendo a necessidade de sua inversão, assumem como **política estratégica**

para a mudança do padrão assistencial a implantação de programas centralizados no primeiro nível de atenção, cuja intenção é oferecer uma “pintura” perfeita da AB, como estratégia para reduzir custos e reverter o quadro epidemiológico. Questões crônicas da saúde pública que se repetem em todo o país não são sistematizadas: as longas filas, as dificuldades para exames e cirurgias, a demanda reprimida, a falta de medicamentos básicos, a falta de vagas e leitos, a falta de estrutura, a distribuição desigual de médicos e hospitais, uma gestão pública ineficiente, precarizada e burocratizada. Em suma, os direitos não estão onde deveriam estar e certamente não se resumem a alta cobertura alcançada por um único programa, mascarando todos os outros agravantes estruturais que contribuem para sua redução.

Ao contrário, reafirma-se constantemente que a AB (via ESF) é o melhor caminho para a reorganização do modelo de atenção e não apenas um programa limitado de ações em saúde com baixa resolutividade. Salienta-se que ao incorporar em seus documentos a visão da AB/ESF como uma estratégia de APS, visava qualificar a primeira. Como pressuposto dessa assertiva teria que, se a ESF não for qualificada como APS, ela não tem qualidade? A necessidade de diferenciar a APS da AB brasileira no interior da política de saúde no país deixa explícito que, ao mesmo tempo ela não é APS e parece que não se trata da mesma coisa lá fora e aqui, pois a expressão AB só existe em nosso país, mas, ao mesmo tempo ela é APS (interpretada de forma reducionista e operacionalizada seletivamente, mas teoricamente abrangente). Apesar dessa incongruência, pode-se afirmar que a APS é diferente de AB.

O desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da **valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país.** A ESF, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, **ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente.** A fragmentação é coerente com o paradigma flexneriano, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da saúde. **Esse modelo fragmentado também se mostra muito mais coerente com as demandas do mercado do que com uma proposta abrangente de atenção primária.** É importante que o Brasil avance na construção desse campo de conhecimento e de prática, ainda pouco explorado pela academia brasileira, **deixando ao largo preconceitos e idéias pré-formatadas,**

ainda não superadas, dos pacotes assistenciais dos anos 1980 e 1990. A título de exemplo, a desvalorização da APS se reflete na dificuldade de captação de médicos nas residências de medicina da família, nas dificuldades de muitos atores de deixar de tratar a APS como o “postinho de saúde” e dos usuários de reconhecer que esse espaço é crucial para apoiá-los no emaranhado de serviços e tecnologias disponíveis nos sistemas de saúde (BRASIL, 2007a, p. 27-28).

Mais do que necessário é preciso retomar Arouca (1975), que analisa que para que ocorra a transformação de um dado objeto em um produto determinado, é necessária a transformação das relações sociais produzidas por meio de instrumentos políticos (prática política). A transformação de uma consciência dada em uma nova consciência, produzida por meio de uma reflexão da consciência sobre si mesma (prática ideológica) e a sistematização de um novo fazer (prática técnica) por meio de novos instrumentos. Mas, o que se percebe ainda é a presença das resistências à mudança – há um embate de que a AB/ESF não é hegemônica. Isso nos remete à assertiva de que convivemos com dois projetos antagônicos na sociedade: um de cunho privatizante e outro pautado na Reforma Sanitária. O primeiro que preconiza a lógica mercadológica dos seguros sociais, onde a saúde se torna mercadoria e outro onde a saúde é direito de cidadania e deve ser garantida pelo Estado. Este é o embate que vem ocorrendo em torno da APS no Brasil, que gira em torno da busca por uma nova roupagem para disfarçar o modelo dominante de atenção médica.

Há ainda a questão da especialização *versus* generalização na formação médica, que ainda é médico-centrada. Considere-se também que culturalmente, é desprestigiado para o médico trabalhar na ESF, em geral associando essa prática ao fracasso profissional como especialista (condição valorada positivamente). Mas, o que se mascara é a inadequação de tal formação aos preceitos da ESF. Os profissionais ainda são preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital. São ainda incapazes de transcender o espaço do consultório médico e propor diagnósticos e intervenções sobre o coletivo, numa abordagem integralizadora, sem a qual dificilmente se lograrão avanços significativos, pois se pretende mudar a lógica do modelo sem mudar a formação profissional. Assim, novamente a máxima de Emir Sader parece correta aqui: no Brasil, tudo muda para tudo continuar igual.

Também é preciso combater a afirmação de que a APS é um cuidado de menor importância, restrito ao “postinho de saúde”, devido a uma construção social de que ali é o lugar onde se atende aos problemas de saúde de menor complexidade. A unidade de saúde necessita ser vista como o lugar concreto do trabalho em saúde, mas a ela se atribui o papel de ser esta coisa simples, menos complexa, imediatamente acessível por todos (BOTAZZO, 1999).

Outro desafio é ultrapassar a proposta do “pacote da cesta básica” quando se refere à atenção primeira e lutar contra o ressurgimento de práticas tradicionais. Outras dificuldades precisam ser enfrentadas, como a precarização dos recursos humanos (nó crítico mais citado pelos gestores), a fragilização da gestão, a duplicação das redes de atenção com unidades tradicionais e USF, a prática das equipes e os desafios da avaliação. Concordo com Paim (1999) quando este afirma que os profissionais de saúde não podem ser iludidos com movimentos ideológicos incapazes de transformar a estrutura de prestação de serviços de saúde no Brasil.

Assim, somente a adoção de uma nova terminologia não muda a realidade das práticas de saúde no país, nem transforma uma APS seletiva em abrangente, mesmo que isso tenha ocorrido nos discursos oficiais. Os problemas permanecem os mesmos: a enorme desigualdade social e a má distribuição de renda no país convergem para iniquidades em saúde. Se por um lado, os avanços sanitários são reais, por outro, não conseguem superar as enormes desigualdades que, apesar de sistemáticas e relevantes, podem ser evitadas, como é o caso da mortalidade infantil, cuja média nacional em 2004 foi de 23,1 por mil nascidos vivos. Porém, disparidades regionais são enormes. Em alguns municípios do Sudeste e do Sul, observam-se taxas inferiores a dez por mil nascidos vivos. Em contrapartida, em municípios do Nordeste, valores maiores do que cinquenta por mil nascidos vivos (CARVALHO; BUSS, 2008). O que se retoma aqui é a má distribuição espacial dos recursos de saúde e a reafirmação de que a focalização é necessária, principalmente nas regiões mais pobres do país, mas se também acompanhadas de políticas universalizantes.

Um fator importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. Em outras palavras, a desigualdade na distribuição de renda não é somente prejudicial à saúde dos grupos

mais pobres, mas é também prejudicial à saúde da sociedade como um todo. No Brasil, esse é um fardo duplo, pois além das graves desigualdades na distribuição da renda, a maioria de sua população vive em condições de pobreza que não lhe permite ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Além de a renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos inferiores a dois dólares por dia (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE –CNDSS, 2006).

Segundo Paim (1999), o primeiro passo é reconhecer a complexidade da situação de saúde no Brasil, tanto em relação aos problemas de saúde da população quanto àqueles referentes ao sistema de saúde. “As intervenções necessárias para a melhoria dos níveis sanitários e para a garantia do acesso oportuno aos serviços de saúde dependem de medidas técnicas e administrativas, porém exigem mudanças de ordem econômica, política e cultural” (PAIM, 1999, p. 473).

Enfrentar as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-doença envolve ações não apenas no sistema de atenção à saúde, com mudanças apenas nos modelos de atenção e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas requer intervenções concretas nas condições sócio-econômicas, ambientais e a adesão a políticas públicas intersetoriais (aqui entendida em sua dimensão política e técnico-operativa), em um processo social e político contínuo. O que não pode persistir é o desrespeito à legislação sanitária, o clientelismo político, a instabilidade no financiamento, a burocracia, o corporativismo e uma infra-estrutura inadequada. Em que pese seus avanços, é urgente enfrentar as racionalidades econômicas, políticas, burocráticas, técnico-sanitárias e médico-assistenciais que perpassam a organização dos serviços do SUS (PAIM, 1999).

Assim sendo, o texto tentou demonstrar que não basta a expansão da cobertura da APS se não se contemplam as questões estruturais, pois apesar da expansão da cobertura, o Brasil, considerando os dados apresentados anteriormente, não tem conseguido implementá-la em sua concepção abrangente, voltada para o fortalecimento de direitos sociais e a coordenação de planos e ações intersetoriais. Tal assertiva sustenta-se nos dados anteriormente apresentados sobre a evolução da cobertura populacional.

Como bem pontua Mendes (2002), uma atitude prudente implica em valorizar o que foi feito, mas sem esquecer que muita coisa ainda precisa ser feita, o que não justifica a atitude de “oba-oba” prevalecente nos discursos de muitos gestores e técnicos do SUS. Os obstáculos necessitam ser reconhecidos, enfrentados e superados, pois a implantação da APS não pode se restringir apenas a uma tarefa técnica e mecânica, mas deve ocorrer nos espaços político, ideológico e cognitivo-tecnológico. Entre os obstáculos políticos, destaca-se a mudança na correlação de forças entre os diversos atores sociais presentes na arena sanitária (ex: contrariar interesses consolidados de determinadas especialidades médicas). Ideologicamente, o desafio é o de promover uma mudança cultural visando romper com o modelo médico-centrado, pautado na doença, em direção a uma mudança paradigmática da produção social da saúde (a mudança no ensino médico, por exemplo). Por fim, novas tecnologias e conhecimentos demandam um instrumental cognitivo-tecnológico que os gestores e trabalhadores de saúde ainda não dominam (MENDES, 2002).

Outros obstáculos que precisam ser transpostos: a deficiência na compreensão da ESF como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde; a fragilidade institucional do SUS para dar conta do processo de condução da implantação da Estratégia; a falta de continuidade da atenção à saúde; a excessiva utilização da ESF na atenção às condições agudas; a infra-estrutura inadequada; as deficiências do sistema de apoio diagnóstico; a deficiência de medicamentos essenciais para a APS; profissionais sem perfil de atuação aos preceitos da ESF; a precarização das relações de trabalho e o subfinanciamento do setor de saúde (MENDES, 2002).

Além disso, há que se ultrapassar a política de recursos humanos ineficiente; a fragmentação entre os níveis do sistema; a priorização da alta complexidade, em detrimento da APS; a predominância do paradigma biomédico; a dissociação entre as equipes de planejamento e equipes de execução; a demanda da população por serviços de urgência e emergência; a dificuldade na compreensão do conceito de APS e a sua não incorporação na prática profissional e, o maior desafio de todos: se contrapor às pressões persistentes das agências multilaterais para a implantação de uma APS seletiva e focalizada (MENDES, 2002).

É necessário também superar determinadas racionalidades presentes no discurso do MS, tais como: a necessidade de parcerias para superar as restrições orçamentárias; o privilegiamento de áreas carentes; o aprimoramento da rede privada para reduzir a demanda pública; a ênfase no trabalho dos ACSs; a redução de custos; a ineficiência do setor; a cidadania individual; a sociedade civil como *lôcus* de prestação de serviços; o despreparo administrativo dos gestores; a transferência para o mercado de parte da demanda (principalmente para os níveis considerados lucrativos); a APS para quem não tem acesso ao setor privado; a prioridade absoluta no atendimento básico e o apelo à benemerência e não ao direito à saúde (NOGUEIRA, 2002).

Em síntese, a leitura desses documentos permitiu a percepção do não dito. Como alerta Nogueira (2002) os discursos político-ideológicos muitas vezes são mais significativos do que as assertivas presentes nos mesmos, o que permitiu visualizar que eles podem estar funcionando de modo a ecoar como uma “caixa de ressonância” do BM, sem assumir a origem da dimensão econômica e como essa influencia as decisões acerca da política de saúde, bem como sua interface entre Estado, sociedade e mercado, o que não aparece nos discursos.

Para finalizar, Teixeira e Solla (2005, p. 471) afirmam que mesmo “correndo o risco de parecer pessimista, cabe concluir que, apesar dos esforços realizados e dos avanços alcançados, a mudança operada na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde apenas ‘arranha’ a superfície do modelo hegemônico”, mas não avança na direção de uma APS abrangente. Mais que isso, os desafios atuais precisam ser profundamente conhecidos, identificados e enfrentados, de modo a revelar as contradições hoje existentes no processo de efetivação do SUS, para que coletivamente se encaminhem propostas de mudança “que não reproduzam, em outro patamar, as condições favoráveis à manutenção dos modelos que se pretende transformar” (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 472).

Uma APS abrangente é um projeto de transformação social, por isso, é vista como uma prática ameaçadora ao projeto dominante. A APS seletiva, por sua vez, fica atrelada ao controle das doenças e não transforma nenhuma relação social ou as relações de poder e políticas (MENDES, 2002).

Reafirma-se por fim, que desde 1993 a questão da mudança do modelo assistencial é apresentada nos discursos do MS, mas até agora ela não se concretizou, o que pressupõe dois caminhos: 1) os pressupostos da AB/ESF não são suficientes para a mudança do paradigma de atenção, principalmente se estes permanecem no âmbito dos discursos e se não há intenção concreta de efetivar mudanças; 2) mudam somente as práticas de saúde, sem mudanças nas estruturas. Ou seja, há uma reformulação no sentido de mudanças pontuais que legitimem e ampliem os interesses do modelo que se queria mudar.

É por isso que minha Dissertação pode, metaforicamente, se apropriar dos versos de Machado de Assis: “Botas... as botas apertadas são uma das maiores venturas da terra, porque, fazendo doer os pés, dão azo ao prazer de as descalçar.” Assim, a Dissertação conclui com a recusa de aceitar passivamente o uso da palavra **básica** como sinônimo de **primária**, descalçando “as botas apertadas” da AB e defendendo a implementação da Atenção Primária em seu conceito mais ampliado articulado a uma política de eliminação das desigualdades de renda no país.

7 REFERÊNCIAS

- ABREU, C. C. **Intersectorialidade na agenda da Política Nacional de Saúde**. 2009. 198 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.
- AGUIAR, R. A. T. de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- ALBUQUERQUE, P. C. **A educação popular em saúde no município de Recife – PE: em busca da integralidade**. 2003, 193 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública, Recife, 2003.
- ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 1-15, jan./jun., 2002.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 109-187.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ARANHA, M. L. de A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Moderna, 1993.
- ARAÚJO, M. D. de. **O cotidiano de uma equipe do programa saúde da família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e seguros privados de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. São Paulo: Fiocruz, 2008. p. 507-546.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2003.

BARRENECHEA, J. J.; URIBE, E. T. **Salud para todos en el año 2000**: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Medellín: Antioquia, 1987.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Fundamentos da política social. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 13- 39.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BOSCHETTI, I. Seguridade social na América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 174-195.

BOSCHETTI, I. et al. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. Prefácio.

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde**: a porta do sistema revisitada. São Paulo: EDUSC, 1999.

_____. **Sobre a Atenção Básica**: os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. Texto preparado para a 11ª Sessão dos “Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, Integrando Serviços”, do Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Apresentado em: 22 set. 2006. São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**: Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. 24 a 28 de março de 1980. Brasília, 1980.

_____. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. 17 a 21 de março de 1986. Brasília, 1987.

_____. **Portaria NR 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e

serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, 1993.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Saúde dentro de casa**: programa de saúde da família. Brasília, mar. 1994. 21 p.

_____. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde** – PNDS, 1996. Disponível em:
<<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/PesquisaNacDemografiaSaude.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, 1997. 34 p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997a. 36 p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 1999. 40 p.

_____. **Sistema de informação da atenção básica**, 1999a. Disponível em
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/siab/siab1999.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

_____. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**, Brasília, 2001. 36 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: **o Brasil falando como quer ser tratado**: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília, 2001a. 198 p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: norma operacional de assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, 2001b, 114 p.

_____. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**: avanços e limites. Brasília, 2002. 52 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da comissão de avaliação da Atenção Básica**. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003. Brasília, out. 2003. 36 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Informes técnico institucionais. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003a.

_____. Estrutura Regimental Básica. Brasília, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_estrutura_basica_M.ddf. Acesso em: 20 maio 2009.

_____. **Categorização das ações de vigilância sanitária**: minuta para discussão. Brasília, maio 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2006. 92 p.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, 2006a. 76 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b. 60 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, 2006c. 148 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007. 68 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007a. 232 p.

_____. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em: 20 maio 2009.

_____. **Evolução da mortalidade infantil no Brasil**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar_texto.cfm?idtxt=24437. Acesso em: 20 abr. 2009a.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS; Ministério da Saúde, 2006, p. 88-110.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? 2001. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>. Acesso em: 01 nov. 2008.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Revista Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1991.

_____. Reflexões sobre a construção do sistema único de saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 87, p. 132-146, set. 2006.

CARNEIRO, C. B. L. Concepções sobre pobreza e alguns desafios para a intervenção social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 84, p. 66-90, nov. 2005.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B. CORDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 27-59.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. São Paulo: Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 837-868.

CHAN, Margaret. Return to Alma-Ata. **The Lancet**, Los Angeles, v. 372, p. 865-866, 2008.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

_____. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003. p. 13-57.

_____. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-406.

_____. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 231-258.

COMISSÃO Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença, 2006. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm>. Acesso em: 05 maio 2009.

CONILL, M. E. Epidemiologia e sistemas de saúde: fundamentos históricos e conceituais para uma discussão sobre o acompanhamento de direitos na prestação de serviços. In: ARANHA, M. I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 219-236.

_____. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-181.

COSTA, N. R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

CRUZ, S. C. S. **O processo de implantação da estratégia de saúde da família**: o caso de Resistência. 2007. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

DIÁRIO Oficial do Estado do Espírito Santo. Vitória, 21 nov. 2007. Disponível em: <http://www.dio.es.gov.br>. Acesso em: 21 nov. 2007.

DINIZ, E. **Globalização, reformas econômicas e elites empresariais**: Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálise**, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 24-34, jan./jun. 2007.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Os muitos brasis**: saúde e população na década de 80. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 14-56.

ESCOREL S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-120.

ESCOREL, S. et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, mar. 2007.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-82.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State**. São Paulo: Marco Zero; CEDEC, 1991. p. 85-116.

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista**: as funções da previdência e assistência sociais. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa saúde de família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálise**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, jan./jun. 2007.

FUHRMANN, N. L. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 2, ano 2, p. 1-16, dez. 2003.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. V. Complexo industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 247-282.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006.

_____. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. 21-23, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GRAMSCI, A. Maquavel, a política e o Estado moderno. 5. Ed. Trad. Luiz Mário Gazzaneo. Rio de Janeiro: civilização brasileira, 1984.

GRANEMANN, S. Políticas sociais e serviço social. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. D. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 11-24.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS, 2005. p. 481-502.

HOFFMANN, E. **O trabalho dos assistentes sociais no Programa Saúde da Família – PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul**. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 15 ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2003.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 259-291, 2001.

LIMA, N. T. et al. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Apresentação.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

LULA Presidente. Plano de Governo 2007-2010, 2006. Disponível em: <http://www.pt.org.br/portalpt/images/arquivos/plano_governo.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2009.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 163-171, 2002.

_____. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

_____. Sistema único de saúde e seguridade social: em busca do elo perdido. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49. maio/ago. 2005.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 6, n. 2. p. 377-389, 2001.

MAY, Tim. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 19-91.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **O SUS e a Atenção Primária à Saúde**, 2005. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/voo8n2/entrevista.pdf>. Acesso em: 15 set. 2008.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 113-160.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-37.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun.1993.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. p. 9-13.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do PSF. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 97-116.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005, p. 28-42.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 3. ed. amp. São Paulo: Cortez, 2001.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. 2002. 347 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da reforma sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Saúde em Debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p. 202-210.

ORGANIZACION Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, 1978.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Informe sobre a reunião de trabalho “discussão sobre o marco referencial e conceitual da atenção básica e saúde da família no Brasil”. Brasília, maio 2003. 11 p.

_____. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, ago. 2005.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

_____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999a. P. 473-487.

_____. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília, 2004. p. 15-40.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007, 300 f. Tese (Doutorado em saúde pública) – Programa de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

PAIM, J. S. TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp. p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, [S.l.], v. 20. n. 6, p. 416-421, 2006.

PASTORINI, A. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 53, p. 80-101, mar. 1997.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PESTANA, M. MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 2004.

PONTES, R. N. **Mediação e serviço social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PORTO, M. C. S. Cidadania e (des) proteção social: uma inversão do Estado brasileiro? **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 22, n. 68, p. 17-33, nov. 2001.

RIBEIRO, F. A. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. São Paulo, 2007. 307 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.

RIBEIRO, J. M. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

RIZZINI, I.; CASTRO, M. R. de; SARTOR, C. D. **Pesquisando...** guia de metodologias de pesquisa para programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1999.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000, 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUEZ NETO, E. A via do Parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 63-92.

_____. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SALLUM JÚNIOR, B. Transição política e crise de Estado. In: SOLA, L.; PAULANI, L. (Orgs.). **Lições da década de 80**. São Paulo: Edusp; Genebra: Unrisd, 1995. p. 137-169.

SANTOS, N. R. dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, p. 2009-2018, 2008.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, [suplemento], p. 203-211, 2002.

SERRA, R. M. **Crise de materialidade no serviço social: repercussões no mercado profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

SETUBAL, A. A. **Pesquisa em serviço social: utopia e realidade**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA, A. A. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, D. F. e; **A estratégia saúde da família em Cariacica: múltiplos olhares**. 2005, 164 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro biomédico, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Política de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-74.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n. 3, p. 85-91, 2007.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 17-24, dez. 2000.

_____. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOUSA, M. F. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade**. 2006. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=441. Acesso em: 15 fev. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TARIMO, E.; WEBSTER, E. G. **Primary Health Care concepts and challenges in a changing world**: Alma-Ata revisited. Geneva: World Health Organization. Division of Analysis, Research and Assessment, 1997.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-480.

TEIXEIRA, M. J. O.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007, p. 117-134.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 17-46.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 193-232.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIANA, A. L. d'A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

VIANA: A. L. d'A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 [suplemento], p. 225-264, 2005.

VIEIRA, C. A relevância da atenção primária à saúde para o caso brasileiro. **A Saúde no Brasil**. v.1, n. 2, p. 108-115. abr./jun. 1983.

VIEIRA, E. **Os direitos e a política social**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

VUORI, Hannu. The role of the schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy**, Oxford, v. 4, n. 3, p. 221-230, 1985.

APÊNDICE – Relação dos documentos analisados

Ano de publicação/circulação	Identificação do documento	Conceitos identificados	Palavras-chave
1978/irrestrita	Declaração de Alma-Ata	A Atenção Primária de Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem suportar, em todas e em cada uma das etapas do seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do que constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando o mais perto possível a atenção à saúde ao lugar onde as pessoas residem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária.	Saúde associada ao desenvolvimento, intersetorialidade, promoção e proteção da saúde, justiça social, APS núcleo principal dos sistemas de saúde, igualdade, universalidade, vontade política, racionalização dos recursos, participação comunitária, controle social, planejamento, cobertura, acessibilidade, tecnologia apropriada, descentralização, saúde como direito.
1993/irrestrita	NOB- SUS 01/93	Não foram identificados conceitos.	Descentralização, planejamento, reformulação do modelo assistencial, redistribuição de poder, controle social, definição de responsabilidades, efetiva implantação do SUS, financiamento, regionalização, integralidade, universalidade, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre as esferas do governo, transformação do sistema de saúde.
1994/irrestrita	Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família	Não foram identificados conceitos.	Universalização, descentralização, integralidade, participação da comunidade, promoção da saúde, controle social, PSF: propósito de colaborar decisivamente na organização do SUS e municipalização da saúde, é diferente do modelo assistencial centrado na doença, é um modelo voltado para a proteção e promoção da saúde, institui equipes de saúde, PSF: promoção de APS de boa qualidade, adscrição de clientela; atenção integral à família, ampliação da porta de entrada e acesso ao sistema local de saúde, remuneração diferenciada para os profissionais, estimular a extensão da cobertura, garantir a referência e a contra-referência em um paradoxo de racionalização da demanda aos demais níveis, prioridade para áreas em situação de risco e vulnerabilidade, mecanismos de adesão ao PSF por parte dos municípios.
1997/irrestrita	NOB- SUS 01/96	Não foram identificados conceitos.	Saúde da Família, Serviços básicos, Ações básicas, eficiência, eficácia, qualidade, regionalização, hierarquização, integralidade, participação da comunidade, municipalização, mudança no modelo de atenção, redefinição de responsabilidades (Estados, municípios e Distrito Federal), incorporar modelo epidemiológico, plena responsabilidade do poder público municipal, responsabilização da família.
1997/irrestrita	Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do	Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da AB, em conformidade com os princípios do SUS,	Nível primário de atenção, primeiro contato, porta de entrada, referência e contra-referência para os demais níveis do sistema, porta de

	modelo assistencial	imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas UBS com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.	entrada do sistema local de saúde (todos relacionados à unidade de saúde da família), integralidade, intersetorialidade, participação comunitária, vigilância à saúde, controle social, integralidade, proposta substitutiva, romper dicotomia ações saúde pública x atenção médica individual, ESF caminho possível no processo de reorganização da AB, PSF: reversão do modelo assistencial vigente e reorganizar a prática assistencial, família: objeto precípua de atenção, proposta inovadora, trabalhar com o princípio da Vigilância à Saúde, reorganização das práticas de trabalho, racionalizar a utilização de recursos.
1999/irrestrita	Manual para a organização da AB	É um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.	Universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, participação, acesso aos serviços de saúde, eficiência do sistema, qualidade, descentralização, garantia de um mínimo de ações, organização da AB, resolutividade, saúde como direito, humanização do atendimento, redirecionamento do modelo de atenção, ESF estratégia para operacionalização da AB, AB contribui para o reordenamento dos demais níveis de complexidade.
2001/irrestrita	NOAS/SUS 01/2001	Refere-se ao conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os municípios do país em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população (AB-ampliada).	ESF: eixo importante para a ampliação e qualificação da AB. Ações estratégicas mínimas no âmbito da AB: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher, aponta persistência de problemas no âmbito das ações básicas de saúde e dos indicadores de resultados alcançados, garantia do primeiro nível, regionalização.
2001/irrestrita	Programa Saúde da Família	É uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.	Primeiro nível de atenção (USF), denominado AB, universalização, descentralização, integralidade, promoção, proteção, recuperação, atenção centrada na família, reorganização da prática assistencial, substituição ao modelo tradicional, estratégia que incorpora os princípios do SUS e participação da comunidade.
2001/irrestrita	11ª CNS	Não foram identificados conceitos.	Acesso, qualidade, humanização, controle social, integralidade, efetivação do SUS, baixa resolutividade da AB, fragmentação, “O Brasil ainda não tem um modelo de Atenção à Saúde adequado, que atenda aos problemas de saúde da população [...]”.
2003/irrestrita	Documento final da comissão de avaliação da AB	Conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação [...] exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados [...]. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde [...].	AB e APS: sinônimas, território e responsabilidade sanitária: conceitos fundamentais na formulação da concepção de AB, avaliação, monitoramento, acompanhamento, elevada complexidade, baixa densidade, universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.
2005/irrestrita	Documento de posicionamento da OPAS/OMS – Renovação da APS nas Américas	Uma abordagem abrangente da organização e da operação dos sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. [...] Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde.	Propor conjunto de valores, princípios e elementos essenciais para a construção de sistemas de saúde com base na APS, obter ganhos de saúde sustentáveis para todos, APS como abordagem para promover condições de saúde e de desenvolvimento humano equitativos, acesso, financiamento, adequação e sustentabilidade de recursos, compromisso político, cuidados de alta qualidade, transformação dos sistemas de saúde a partir da APS, solidariedade, justiça social, sustentabilidade, participação, intersetorialidade, acesso universal, promoção, prevenção, tecnologia adequada, gerenciamento otimizado, qualidade,

			eficiência, eficácia, centralidade na família e comunidade, saúde deve ter lugar central na agenda do desenvolvimento, APS seletiva, desenvolvimento humano, direito ao mais alto nível de saúde, responsabilização.
2006/irrestrita	Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão	Compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.	Efetividade, eficiência, qualidade, regionalização, hierarquização, controle social, integralidade, descentralização, planejamento, regulação, participação e controle sociais, educação em saúde, gestão trabalho, consolidar e qualificar a ESF como modelo de AB e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, mudanças significativas para a execução do SUS.
2006/irrestrita	Promoção da Saúde	Estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.	Intersetorialidade, integralidade, vigilância à saúde, construção de consensos em torno da AB, promoção da saúde, protagonismo dos usuários, criação de mecanismos de mobilização e participação, trabalho em rede com a sociedade civil organizada, acesso universal, sustentabilidade, educação, evitar o desperdício de recursos públicos, reduzir superposição de ações, aumentar eficiência e efetividade, ênfase na AB.
2006/MS	Saúde Bucal	Repete o conceito do documento de 2003.	AB e APS sinônimas, AB: contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde; territorialização, ESF: estratégia prioritária para reorganização da AB, promoção da saúde como aspecto fundamental para efetivação da AB, garantia da integralidade, primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação.
2007/irrestrita	Política Nacional de Atenção Básica	Repete o conceito do documento de 2003.	Porta de entrada preferencial do SUS, ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, ESF: estratégia prioritária para organização da AB, áreas estratégicas para operacionalização da AB: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde, universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle sociais, longitudinalidade, continuidade. Áreas estratégicas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde, regulamentação da AB, AB ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, separa ações de AB e processo de trabalho das equipes de AB das ações e processo das equipes de ESF, assistência resolutiva à demanda espontânea, PAB fixo destinado a todos municípios, PAB variável destinado a estimular a implantação da ESF, ACS, Saúde Bucal, compensação de especificidades regionais, saúde indígena e saúde do sistema previdenciário.
2007/irrestrita	AP e Promoção da Saúde	A AB considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas	Entende que a APS e AB tem o mesmo significado, considera a promoção da saúde como um dos eixos da APS, contextualização do cenário de adoção do termo da AB no Brasil, considera a ESF como estratégia de APS no país, aponta polissemia do termo APS

		possibilidades de viver de modo saudável.	e as várias interpretações do mesmo, trata a AB como terminologia própria, trata a APS/PSF como estratégias para a reorientação do modelo assistencial.
--	--	---	---

“Existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferente do que se ver, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (MICHEL FOUCAULT).